Утверждена

Постановлением Правительства

Республики Таджикистан

от 4 марта 2002 года № 94

КОНЦЕПЦИЯ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Здоровье народа является ценнейшим богатством, важнейшим фактором развития и благосостояния страны. С этой точки зрения здравоохранение должно рассматриваться не как сфера потребления, а как сфера доходных капиталовложений, направленных на сокращение бедности, мобилизацию ресурсов, привлекающих внимание международного сообщества.

Президент Республики Таджикистан Эмомали Рахмонов

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АООТ Акционерное общество открытого типа

ВВП Валовый внутренний продукт

ВОЗ Всемирная Организация Здравоохранения

ГБАО Горно-Бадахшанская Автономная область

ГНЦЭЛ Государственный научный центр экспертизы лекарств

ГЦЗ Городской центр здоровья

ЕРБ ВОЗ Европейское Региональное Бюро Всемирной Организации

Здравоохранения

ЛПУ Лечебно-профилактическое учреждение

ЛРЗ Людские ресурсы здравоохранения

МКБ 10 Международная статистическая классификация болезней и

проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра

НЛП Национальная лекарственная политика

ПМСП Первичная медико-санитарная помощь

РПО Республиканское производственное объединение

РРП Районы республиканского подчинения

РЦЗ Районный центр здоровья

СВА Сельская врачебная амбулатория

СЦЗ Сельский центр здоровья

СОЛС Список основных лекарственных средств

СПИД Синдром приобретенного иммунодефицита

СПТАФЛ Совместное предприятие "Таджик Аджанта Фарма Лимитед"

СУБ Сельская Участковая Больница

СЭС Санитарно-эпидемиологическая станция

США Соединенные Штаты Америки

ТГМУ Таджикский Государственный медицинский университет

ТИППМК Таджикский институт последипломной подготовки

медицинских кадров

ЦГБ Центральная городская больница

ЦРБ Центральная районная больница

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Таджикистан - древнее государство, расположенное в юго-восточной части Центральной Азии, граничит Республика Узбекистан, Кыргызская Республика, Китайская Народная Республика и Исламское Государство Афганистан. Тонкая полоса территории Афганистана отделяет Таджикистан от Индии и Пакистана. Площадь республики составляет 143,100 км2 с плотностью населения 43,8 (Прим.1) человек на кв.км. Численность постоянного населения Таджикистана на конец 2000 года составила 6.250.000 (Прим.1) человек. Государственным языком является таджикский.

После получения независимости страна столкнулась не только с экономическими трудностями, но и перенесла политические и этнические разногласия, приведшие в середине 1992 года к гражданской войне. Страна не имела возможностей сконцентрировать внимание на экономических реформах до момента подписания Общего Соглашения об установлении мира и национального согласия в Таджикистане 27 июня 1997 г.

ВВП в 2000 году составил 159,6 долларов США на душу населения (Прим.1), (ВВП в 1999 году - 149,4). Ссылаясь на заявление Всемирного Банка (1998г.), около 80% населения можно отнести к бедным слоям, в связи с чем огромное значение имеет реструктуризация экономики и адаптация к рыночным условиям.

Экономический, политический и социальный упадок повлияли на ухудшение показателей здоровья населения. На сегодняшний день, большинство показателей здоровья нации характеризуют Таджикистан как государство, имеющее более низкий статус здоровья, по сравнению с другими государствами со средним уровнем дохода. Рост инфекционных болезней вызывает тревогу.

Социальная и экономическая нестабильность достаточно негативно отразились на состоянии системы здравоохранения. При этом малоэффективную систему оказания медицинской помощи усугубил разрыв экономических связей, спад производства, финансовые и другие трудности. Соответствующее снижение статуса здоровья населения способствовало осознанию острой необходимости в проведении реформ в секторе здравоохранения с целью стабилизации и улучшения создавшегося положения.

Для осуществления этой деятельности, при поддержке Всемирной организации здравоохранения, начал функционировать "Проект реформирования здравоохранения", в рамках которого подготовлен проект документа "Концепция реформы здравоохранения Республики Таджикистан" (Мастер-план), определяющий стратегии развития отрасли, направленные на обеспечение равного доступа к услугам здравоохранения, отвечающим запросам и нуждам бедных слоев населения, путем приоритизации и укрепления служб первичной медико-санитарной помощи.

Служба первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) будет укреплена путем её реорганизации и пересмотром функций, перераспределения ресурсов здравоохранения, внедрением семейной медицины, обучением персонала, улучшением физической инфраструктуры и качества медицинских услуг, обеспечением лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения. Первичная медико-санитарная помощь будет доступна для населения, преследовать цель укрепления здоровья и профилактики болезней. Организационная структура будет включать Дома здоровья (Бунгохи Саломати), Сельский Центр Здоровья (СЦЗ) {Маркази Саломатии Дехот), Районные Центры Здоровья (РЦЗ) {Маркази Саломатии Нохия) и Городские Центры Здоровья (ГЦЗ) {Маркази Саломатии Шахри), в которых могут быть развернуты койки дневного и короткого пребывания. Семейные врачи и семейные медсестры будут основными поставщиками медицинских услуг. Новый подход к оказанию медицинских услуг, основанный на бригадном методе, будет способствовать совершенствованию навыков персонала, улучшению качества медицинской помощи, интегрированию служб здравоохранения и сокращению распространения заболеваний.

Реформы госпитальной службы достигнут своей цели при исключении дублирования и рациональном использовании имеющихся ресурсов. Госпитальная служба будет состоять из 2 уровнейбольниц широкого профиля и специализированных с оптимальным количеством коек. Учитывая, что больницам будет предоставлена автономия и больше ответственности, их руководители пройдут обучение навыкам управления (менеджмента). Намечено совершенствование информационной системы, управленческих функций внутри больниц, таких как финансовое управление, управление клиническими отделениями, основными фондами и кадровыми ресурсами. Развитие сестринского дела, обеспечение качества клинической практики приведет к эффективному использованию больничных коек. Внедрение современных организационно-экономических механизмов управления, в том числе финансирования будет способствовать развитию самостоятельности и коммерциализации госпитальной службы.

Существующие функции и организационная структура органов и учреждений санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан будут изменены на всех уровнях (центральный, областной, городской и районный). На базе санитарно-эпидемиологических станций будут созданы центры санитарно-эпидёмиологического надзора. Некоторые функции службы в области гигиены окружающей среды будут интегрированы с ПМСП, получит дальнейшее развитие межсекторальное сотрудничество.

Финансирование будет осуществляться из государственного бюджета, а также из других дополнительных источников. Будет улучшена физическая инфраструктура службы. Для совершенствования навыков и знаний персонала службы будут разработаны и внедрены обучающие программы.

Обеспечение доступности качественных лекарственных средств населению, определение потребности, надлежащее их назначение и использование, будет лежать в основе Национальной лекарственной политики. Будут усовершенствованы процедуры контроля за качеством импортируемых лекарственных средств. Ожидается дальнейшая приватизация аптек и развитие местного фармацевтического производства. Рационализация аптечной сети, льготное лицензирование будут способствовать открытию аптек в отдаленных районах, расширит доступность населения к медикаментам. При регистрации лекарств будет отдано предпочтение лекарственным средствам, соответствующим Списку Основных Лекарственных Средств (СОЛС), а также генерическим лекарственным средствам. Дальнейшее развитие получат льготный отпуск лекарственных средств и адресная помощь определенному контингенту населения. Планируется создать Информационный Центр по лекарственным средствам для обеспечения обмена информацией и связи с лечебно-профилактическими учреждениями. Будут разработаны Руководства по клинической практике на уровне ПМСП, что улучшит практику прописывания лекарственных средств.

Подготовка семейных врачей и семейных медсестер с целью перехода от специализированных служб к общеврачебной (семейной) практике станет основой политики людских ресурсов здравоохранения. Планирование людских ресурсов будет происходить не только с учетом соотношения медицинского персонала к населению, но и развития системы, основанной на рабочей нагрузке. Улучшение управления людскими ресурсами будет обеспечено разработкой эффективной системы стимулирования и рационализацией функций персонала. Будет разработан механизм для привлечения медицинских кадров к работе в районах с их низкой обеспеченностью и в непристижные специальности, при этом особую значимость будет иметь государственное регулирование. Повышение ответственности на каждом уровне здравоохранения поднимет статус врачей и специалистов сестринского дела. Структура продвижения по служебной лестнице врачей, специалистов сестринского дела будет пересмотрена. Сертификацию отдельных видов деятельности специалистов планируется проводить сразу же после окончания медицинского учебного заведения и, в дальнейшем, через каждые 5 лет. Лицензирование будет проводиться в установленном законодательством порядке.

Основным источником финансирования служб здравоохранения останется государственный бюджет, получат развитие дополнительные источники финансирования. Условия пребывания в больницах должны быть улучшены, и система оплаты медицинских услуг будет соответствовать критериям их сложности срочности и неотложности. Система оплаты поставщиков медицинских услуг будет изменена для достижения низкозатратности. В больницах будет введен механизм оплаты за пролеченный случай, а учреждения ПМСП получат средства по потребности обслуживаемого населения (подушевое финансирование). Определятся приоритетные услуги здравоохранения, на которые направится общее финансирование. Медицинское страхование граждан будет введено при создании соответствующих условий.

Основными принципами организации и управления службами здравоохранения станут децентрализация, развитие межсекторального сотрудничества и участие населения. Обучение менеджменту будет служить предпосылкой для распределения полномочий. Межсекторальным сотрудничеством будет руководить Национальный Совет здравоохранения. Будет совершенствована руководящая роль Министерства здравоохранения посредством создания новых организационных структур, обучения людских ресурсов управленческим и аналитическим навыкам, улучшения информационной системы. Основной функцией Министерства здравоохранения будет разработка и реализация единой государственной политики в области охраны здоровья населения и здравоохранения. В связи с этим его главными задачами станут планирование, разработка и внедрение политики и стратегии, государственное регулирование. Областные и городские управления здравоохранения будут реорганизованы согласно изменениям их функциональной деятельности.

В городах и районах республики будут определены структурные подразделения органов исполнительной власти на местах (Хукуматы), ответственные за управление городской, районной системой здравоохранения.

Функции Республиканского Центра медицинской статистики и информации будут расширены. Центр будет заниматься сбором данных с учреждений системы Министерства здравоохранения и с медицинских учреждений других ведомств (независимо от форм собственности), включая информацию о финансировании, участвовать в установлении системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья населения и здравоохранения. Это потребует расширения списка индикаторов, развития форм сбора данных. Индикаторы должны быть сравнимы с международными. Медицинские информационные технологии получат развитие, как только позволит финансирование. Персонал информационной системы здравоохранения будет обучаться на новейших технологиях сбора и анализа данных. Информация о здоровье станет доступной для секторов общества и населения.

Темпы внедрения реформ будут определяться политикой, уровнем экономики, развития людских ресурсов, информационных изменений. Основные стратегии реформирования будут внедряться поэтапно, в то время как некоторые мероприятия по своей природе требуют широкомасштабного внедрения. Ряд стратегий будет внедрен пилотным методом, а остальные - на национальном уровне. Важное значение имеет координация процесса внедрения реформ, которая будет осуществляться Управлением планирования, координации и внедрения реформ Министерства здравоохранения. Управление будет координировать работу международных организаций с целью предотвращения дублирования донорской деятельности и направления ее в приоритетные области.

Внедрение реформ будет сопряжено с введением поправок в действующую законодательную базу и другие директивно-нормативные документы.

1. ПРОЦЕСС РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В период экономической, политической и социальной нестабильности ухудшилось общее состояние здоровья населения. На сегодняшний день большинство показателей здоровья свидетельствуют о том, что здравоохранение Таджикистана находится на уровне, более низком, чем в других странах со средним уровнем дохода.

Система здравоохранения Таджикистана, как и многих других республик бывшего Советского Союза, была ориентирована на количественные нормативы, и не смогла адаптироваться в условиях социальных и экономических изменений, присущих переходному периоду, что безусловно отразилось на состоянии здоровья населения страны. Существующая система предоставления медицинских услуг ведет к неэффективному использованию имеющихся ресурсов, и как результат, к сокращению получения качественной медицинской помощи. Эти факторы, в сочетании с неадекватным финансированием и растущей озабоченностью о принципе справедливости и равенства оказания медицинской помощи, способствовали осознанию необходимости реформирования сектора здравоохранения с целью поддержания и улучшения здоровья населения.

Необходимость проведения реформ в стране, включая реформирование сектора здравоохранения, была провозглашена в 1994 году Президентом Республики Таджикистан Э.Ш.Рахмоновым. На этой основе была разработана и принята (1995г.) Государственная программа экономических преобразований, направленная на становление рыночной экономики, в развитие которой подготовлен настоящий документ.

Со времени обретения независимости Таджикистан получает значительную поддержку со стороны международного сообщества. Однако она носила чрезвычайный характер и была направлена на потребности, связанные с гражданской войной и ее последствиями. Экстренная помощь медикаментами, вакцинами, перевязочными средствами, полученная в то время, внесла неоценимый вклад в решении проблем здравоохранения. В то же время. существует потребность в более глубоких структурных изменениях, которые будут способствовать преодолению существующих издержек системы и обеспечат более надежные механизмы для будущей системы оказания медицинской помощи.

С целью улучшения состояния здоровья населения и адаптации системы здравоохранения к новым условиям, Министерством здравоохранения республики разработан ряд стратегических документов, включая "Стратегию Республики Таджикистан по охране здоровья населения до 2005 года". В создании документа был использован новый метод, заключающийся в структурном подходе с анализом проблемы, идентификацией цели и определением приоритетов. Он доработан с учетом комментарий ВОЗ и в январе 1997 года получил статус национальной программы. Программа направлена на усиление профилактики и охраны здоровья, межсекторальное сотрудничество и определяет будущее развития здравоохранения. Документ включает 29 задач, в соответствии с приоритетами проблем здоровья населения.

Министерством здравоохранения Республики Таджикистан в 1997 году была разработана и внедрена "Программа реформирования здравоохранения Республики Таджикистан до 2001 года". В данном документе были предусмотрены следующие цели:

- Изменение в финансировании и экономических отношений здравоохранения,

- Совершенствование организации и управления, оптимизация структуры и сети учреждений здравоохранения;

- Медицинское и фармацевтическое образование, кадровая политика;

- Совершенствование и развитие технологий и процедур организации медико-санитарной помощи;

- Изменение лекарственной политики, создание и развитие индустриальной базы здравоохранения;

- Приватизация отдельных объектов системы здравоохранения;

- Совершенствование и развитие медицинской науки;

- Международное сотрудничество.

Для того чтобы привести данную программу в действие и проложить путь в новое тысячелетие, возникла необходимость для дальнейшего развития стратегий реформирования здравоохранения. В рамках этой деятельности, при поддержке Всемирной организации здравоохранения, разработана "Концепция реформирования здравоохранения Республики Таджикистан", направленная на развитие здравоохранения.

Стратегии развития процесса реформирования здравоохранения, определенные в данной Концепции, предусматривают следующие цели:

1. Приоритизация: Ресурсы страны недостаточны для решения всех существующих проблем, в связи с чем возникает необходимость в определении приоритетов.

2. Укрепление системы первичной медико-санитарной помощи: В связи с тем, что большинство проблем здравоохранения могут быть решены с наименьшими затратами на уровне ПМСП, все стратегические шаги направлены на улучшение оказания первичной медицинской помощи и укрепление этого уровня здравоохранения.

3. Распределение ресурсов по потребностям: Ресурсы сектора здравоохранения будут распределяться в соответствии с потребностями системы с учетом географического признака и демографических показателей, индикаторов здоровья и уровня оказания медицинской помощи.

4. Развитие кадрового потенциала: Кадры являются основным фактором в улучшении состояния здоровья населения и в решении приоритетных проблем здравоохранения. Политика здравоохранения должна быть направлена на обеспечение лечебно-профилактических учреждений кадрами в необходимом количестве и с соответствующим уровнем подготовки.

5. Рационализация оказания услуг: Ограниченные ресурсы необходимо использовать рационально.

6. Улучшение качества медицинской помощи: Качество оказываемой медицинской помощи будет постоянно улучшаться и ориентироваться на конечный результат.

7. Усиление возможностей системы управления: Развитие возможностей системы управления является обязательным условием для успешной реализации реформы системы здравоохранения.

8. Обеспечение необходимой информацией для управления: Важность информационных систем заключается в обеспечении системы обратной связи в процессе принятия решений, а также в мониторинге внедрения реформ.

9. Создание личной ответственности населения за свое здоровье: Реформы в области здравоохранения должны быть направлены на удовлетворение потребностей населения, и очень важно учесть мнение граждан в разработке структуры и деятельности системы здравоохранения. При этом необходимо, чтобы население разделяло ответственность за свое здоровье.

2. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основным приоритетным направлением реформирования здравоохранения. В данной главе представлен анализ существующей ситуации и определены стратегии по развитию ПМСП.

Анализ Ситуации

Первичная медико-санитарная помощь на селе оказывается медицинскими домами (ранее Фельдшерско-акушерский пункт), сельскими врачебными амбулаториями (СВА), амбулаториями сельских участковых больниц (СУБ), поликлиниками номерных, центральных районных и городских больниц, поликлиническими отделениями диспансеров и здравпунктами, отделениями скорой медицинской помощи центральных районных больниц, а в городеполиклиниками, здравпунктами, поликлиническими отделениями диспансеров и ведомственных медико-санитарных частей (больниц), станциями скорой медицинской помощи.

В сельской местности Медицинский Дом (общее количество - 1676) (Прим.2) является для населения первым контактным пунктом системы здравоохранения, в котором работают средние медицинские работники.

Сельские врачебные амбулатории (СВА) (всего - 504) (Прим.2)оказывают врачебную медицинскую помощь сельскому населению.

Амбулатории сельских участковых больниц (всего - 217) (Прим.2) в системе оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению, выполняют задачи, присущие самостоятельным сельским врачебным амбулаториям.

Поликлиники номерных, центральных районных и городских больниц (всего 79) оказывают квалифицированную амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению. В городах поликлиники являются первым контактным пунктом населения с системой здравоохранения. В крупных городах при отдельных поликлиниках или специализированных больницах созданы травматологические пункты.

Ведомственные медико-санитарные службы или части (всего - 11) созданы при других министерствах и ведомствах, организациях, на промышленных предприятиях, предприятиях транспорта и связи для оказания первичной медицинской помощи работникам данных организаций, а в некоторых из них и членам их семей.

Здравпункты (всего - 201) (Прим.2) являются структурными подразделениями поликлиник при учебных заведениях, фабриках, заводах. Существуют два типа здравпунктов: врачебные и фельдшерские.

Самостоятельные стоматологические поликлиники (всего - 15) (Прим.2) занимаются оказанием лечебно-профилактической стоматологической помощи. Существуют самостоятельные стоматологические поликлиники и отделения (кабинеты) в составе лечебно-профилактических учреждений.

Диспансеры и поликлинические отделения диспансеров (всего - 82) (Прим.2) являются самостоятельными специализированными лечебно-профилактическими учреждениями. Существуют такие диспансера, как противотуберкулезные, кожно-венерологические, эндокринологические, онкологические, кардиологические, психоневрологические, врачебно-физкультурные.

Станции и отделения скорой медицинской помощи (всего - 123) (Прим.1) функционируют с подстанциями в городах, а в сельских районах отделения скорой медицинской помощи - при номерных, центральных районных и городских больницах.

Функции и задачи учреждений ПМСП регулировались их положениями.

Кроме того, за последние годы в инфраструктуре здравоохранения создан ряд самостоятельных республиканских (национальный), областных и городских центров по приоритетным направлениям сектора по реализации политики и стратегии здравоохранения в области развития ПМСП, борьбы с наиболее распространенными болезнями, оказания услуг по репродуктивному здоровью, планированию семьи, по борьбе с тропическими заболеваниями (малярией), иммунопрофилактике, борьбе с туберкулезом, интегрированного ведения болезней детского возраста, эндокринологии, наркологии, семейной медицине, профилактике СПИД и проблем формирования здорового образа жизни. Данные центры открыты в поддержку учреждений ПМСП и в настоящее время имеют ресурсную поддержку за счет средств международных организаций.

В системе первичной медико-санитарной помощи, включая работников СЭС и амбулаторных отделений диспансеров, учреждений неотложной медицинской помощи занято около 40% всех врачей (5069 человек (Прим.2)). Из общего числа врачей, занятых в учреждениях первичного уровня: 16,8% - терапевты, 24,8% - педиатры; 4,3% - хирурги, 9,4% - акушеры гинекологи, 12,7% - стоматологи, 32% - другие специалисты.

От общего числа средних медицинских работников - 37% (11877 человек (Прим.2)) работают в системе ПМСП, из них 10,6% - фельдшеры, 65,7% - медсестры, 12,4% -акушерки и 11,2% прочие.

Персонал ПМСП распределен неравномерно между селом и городом в пользу города, используется неэффективно.

Как показал анализ ситуации, проведенный в 1999 году, основная часть (65%) учреждений ПМСП были построены в период с 1938 по 1980 гг.(Прим.3) За последние 20 лет строительство и ввод новых объектов идет очень низкими темпами. Большинство зданий учреждений ПМСП требует ремонта и реконструкции. Более 55% учреждений расположены в зданиях, не отвечающих санитарным нормам и правилам. Из 1676 медицинских домов - 45,9% (770) не располагают зданиями и размещены в помещениях, находящихся на балансе других секторов и в частных домах; 20% (329) размещены в вагон домиках, состоящих из одной-двух комнат. Во многих учреждениях ПМСП - 63,5% (1386) нет системы водоснабжения и канализации. Оснащенность медицинским оборудованием учреждений ПМСП крайне низка. Так, анализом установлено, что оснащенность городских поликлиник медицинской техникой и изделиями медицинского назначения составляет всего лишь 45% по табелю, а медицинских домов - 19,5%. При этом, основная часть имеющейся медицинской техники и медицинского оборудования этих учреждений крайне изношена и находится в нерабочем состоянии.

Значительная часть поступаемых в сектор здравоохранения финансовых средств традиционно идет на поддержание услуг больниц, а не служб ПМСП.

Так, в 1998 году учреждения ПМСП получили только 15,9% из бюджета, выделенного на здравоохранение, тогда как больницы получили 70,6% (Прим.3).

Министерство здравоохранения приступило к осуществлению политики, направленной на укрепление ПМСП и развитие системы общей практики. В связи с этим начат процесс подготовки семейных врачей и семейных медицинских сестер.

Предлагаемые решения

Предлагаемые решения посвящены будущей модели первичной медико-санитарной помощи, основанной на потребности населения в качественной медико-санитарной помощи. Для того, чтобы достичь этой модели, необходимо определенное время. Переход от существующей модели к предлагаемой потребует значительных финансовых вложений в обучение медицинского персонала, развитие материально-технической базы и клинической практики учреждений ПМСП.

В соответствии с этим необходимо:

- В процессе реформирования здравоохранения придать приоритетность развитию ПМСП;

- Пересмотреть статус и функции учреждений ПМСП;

- Изменить систему финансирования ПМСП, имея в виду ее ориентированность на потребности населения, а не на учреждение;

- Осуществлять стабильную политику перераспределения выделяемых по бюджету здравоохранения финансовых средств на ПМСП;

- Внедрять и последовательно развивать новую форму оказания ПМСП, основанную на концепции семейной медицины;

- Осуществлять стабильную политику, направленную на развитие интеграции первичного звена с вертикальными и горизонтальными структурами и программами здравоохранения, достижение эффективной поддержки ПМСП больницами широкого профиля и специализированной категории;

- Развивать учебные клинические базы подготовки и переподготовки кадров учреждений ПМСП по общеврачебной практике (семейной медицине);

- Проводить последовательную реструктуризацию медико-санитарных услуг предоставляемыми учреждениями ПМСП и сети таких учреждений;

- Осуществлять мероприятия по улучшению физического состояния, оснащения медицинским оборудованием учреждений ПМСП с учетом объема оказываемых ими медицинских услуг;

- Последовательно интегрировать некоторые функции учреждений санитарно-эпидемиологической службы и ПМСП;

- Создать единую систему перенаправления пациентов, обеспечивающую непрерывность лечения;

- Заменить существующие в практике схемы лечения наиболее распространенных заболеваний на Руководства по клинической практике, повышающие эффективность лечения пациентов на уровне ПМСП;

- Совершенствовать управление учреждениями ПМСП;

- Пересмотреть и создать новую нормативную базу функционирования учреждений ПМСП;

- Повысить возможности учреждений ПМСП по оказанию неотложной медицинской помощи;

- Пересмотреть систему оказания ПМСП работникам отгонного животноводства в базовых районах по отгонному животноводству;

- Создать систему мониторинга и оценки ПМСП.

Приоритетные действия

- Разработка нормативной базы, регламентирующей функции учреждений ПМСП, направленных на укрепление здоровья, профилактику болезней, гигиену окружающей среды, диагностику, лечение болезней и реабилитацию. При этом приоритетом является профилактика болезней и укрепление здоровья;

- Трансформация Медицинских домов, включая передвижные, в Дома здоровья; Сельских врачебных амбулаторий (СВА), Сельских участковых больниц (СУБ), Поликлиник номерных районных больниц - в Сельские центры здоровья (СЦЗ); поликлиник Центральных районных (городских) больниц (ЦРБ, ЦГБ) - в Районные центры здоровья (РЦЗ), самостоятельных и объединенных с городскими больницами поликлиник - в Городские центры здоровья (ГЦЗ), функционирующие в качестве самостоятельного юридического лица; Здравпункты - в Пункты здоровья в структуре Районных и городских центров здоровья;

- Разработка и внедрение модели развития ПМСП, ориентированной на интегрированную ПМСП, основу которой составляют семейные врачи (врачи общей практики) и семейные медицинские сестры, с использованием многопрофильных бригад служб здравоохранения социального сектора и при участии местного населения, также на достижение оказания комплексных услуг ПМСП и четкой преемственности с другими службами, переориентацию ПМСП на проблемы общественного здравоохранения;

- Поэтапный переход учреждений ПМСП на новую форму оказания медицинских услуг, основанную на модели семейной медицины (группа семейных практик, группа семейных врачей, семейные амбулатории, центры семейной медицины);

- Трансформация городских самостоятельных взрослых и детских поликлиник в единые Городские центры здоровья;

- Трансформация самостоятельных взрослых и детских стоматологических поликлиник в единые Центры стоматологической помощи;

- Реорганизация отделений скорой и неотложной медицинской помощи Центральных районных (городских) больниц в самостоятельные станции скорой медицинской помощи;

- Реорганизация диспансеров по наиболее актуальным проблемам здоровья в Центры, поэтапная трансформация поликлинических отделений других диспансеров в районные и городские Центры здоровья, а также передача ряда их функций в учреждения вторичного и третичного уровней;

- Разработка и внедрение механизма интеграции Центров по актуальным проблемам здоровья в ПМСП;

- Создание консультативно-диагностических отделений при городских и районных Центрах здоровья;

- Создать в крупных городах на базе одной из городских поликлиник самостоятельных городских диагностических центров;

- Разработка механизма подушевого финансирования ПМСП для поэтапного внедрения в практику;

- Разработать систему мониторинга и оценки качества услуг ПМСП (стандарты качества ПМСП);

- Разработать Программу государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в сфере учреждений ПМСП;

- Разработать и внедрить программы по оказанию скорой медицинской помощи, неотложной помощи на базе сельских, районных и городских центров здоровья;

- Разработать критерии и план поэтапной реструктуризации учреждений ПМСП;

- Разработать механизм перенаправления пациентов на различные уровни оказания медико-санитарной помощи;

- Разработать руководство по управлению учреждениями ПМСП;

- Разработать Руководство по клинической практике учреждений ПМСП;

- Разработать план поэтапного восстановления и оснащения медицинским оборудованием учреждений ПМСП. Отбор пилотных объектов;

- Разработать типовые проекты учреждений ПМСП;

- Разработать табель оснащения учреждений ПМСП с учетом их функций и объема медицинских услуг;

- Разработать нормативную базу обеспечения автотранспортом станций скорой медицинской помощи, городских, районных и сельских центров здоровья, а также дома здоровья - малыми средствами передвижения с учетом географических и климатических особенностей регионов;

- Создать банк данных по санитарному автотранспорту;

- Разработать программы коммуникационных связей учреждений ПМСП;

- Разработать программы обучения специалистов по ремонту медицинской техники, оборудования и аппаратуры, применяемой учреждениями ПМСП.

3. ГОСПИТАЛЬНАЯ СЛУЖБА

Госпитальная служба является важной составной частью здравоохранения, предназначена для оказания медицинской помощи при наиболее тяжёлых заболеваниях.

Однако в данной службе существуют серьезные проблемы, связанные с рациональным использованием коечного фонда и других ресурсов, а самое главное - повышением качества лечебно-диагностической помощи. Данные проблемы должны быть решены путем реформирования госпитальной службы.

Анализ Ситуации

Больницы предусмотрены для оказания медицинской помощи на всех уровнях. Существующая практика предусматривает перенаправления пациентов от ПМСП на более высокий уровень, в зависимости от тяжести заболевания, но, к сожалению, этот принцип не соблюдается. Установлено, что 80% (Прим.4) больных поступают в больницы, минуя первичный уровень. Анализ показал, что каждый третий больной в стационаре мог бы получать лечение в амбулаторно-поликлинических условиях (Прим.5). Это приводит к нерациональному, экономически невыгодному и неэффективному использованию коечного фонда. Более того, система финансирования стимулировала увеличение сети госпитальных учреждений.

Сеть госпитальной службы характеризуется нижеследующими данными:

Сельская участковая больница (СУБ) (Прим.2)217 с коечным фондом 7863. Деятельность 90% СУБ (Прим.5) неэффективна и, как правило, пациенты пренебрегают данным уровнем и обращаются прямо в Центральную районную больницу.

Родильные дома (Прим.2) - 13 родильных домов с общим коечным фондом 1155 коек.

Центральная районная больница (ЦРБ) (Прим.2) - 56 на 14301 коек и 3 номерные районные больницы на 80 коек. Номериые районные больницы работают по принципу ЦРБ.

Диспансер (Прим.2) - 82 диспансера, из них 61 располагают стационарными подразделениями с общим числом коек 4227. Они оказывают услуги больным туберкулезом, кожно-венерологическими, кардиологическими, эндокринологическими, онкологическими, психоневрологическими и глазными заболеваниями.

Городские больницы, включая детские (Прим.2) - 30 с коечным фондом 3693.

Кроме того, существуют больницы (Прим.2) - 3 психиатрические и психоневрологические с коечным фондом 910 коек, 1 наркологическая на 100 коек, 1 хозрасчетная на 40 коек и прочие больничные учреждения - 8 с общим числом коек 615.

Специализированные больницы различного уровня (включая клинические) (Прим.2) - 29 с общим коечным фондом 3422, в числе которых инфекционные для взрослых 8 и для детей 1, туберкулезные для взрослых 10 и для детей 2, офтальмологические 2, больницы восстановительного лечения 3 и прочие 3.

Областные и Республиканские больницы (взрослые и детские) (Прим.2) - 7 с общим коечным фондом 3747, являются многопрофильными госпитальными учреждениями, призванными оказывать высококвалифицированную, специализированную помощь жителям областей и республики соответственно. Функции данных больниц частично совпадают с функциями клинических городских больниц, которые расположены в областных центрах и в столице.

Клиники Научно-исследовательских институтов (Прим.2) - в системе Министерства здравоохранения - 2 с общим коечным фондом 260, оказывают высокоспециализированную медицинскую помощь. Кроме того, существуют клиники Научно-исследовательских институтов: Гастроэнтерологии системы Академии наук на 90 коек и клиника Научно-исследовательского института экспертизы и восстановления трудоспособности инвалидов системы Министерства труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан на 60 коек. Все они расположены в столице.

Стационары медико-санитарных служб или частей (Прим.2) - созданы при других министерствах и ведомствах, организациях, на промышленных и транспортных предприятиях, для оказания госпитальной помощи работникам данных организаций. Существуют 9 медико-санитарных частей с общей коечной мощностью - 550 коек. Эти больницы дублируют функции городских.

Существующая система финансирования, ориентированная на мощностные показатели, стимулировала развитие избыточного количества учреждений госпитальной службы. За последние годы Министерство здравоохранения приступило к реструктуризации коечного фонда и сократило 19737 коек, которые функционировали неэффективно (в 1992 году - 60200 (Прим.6), в 2000 году 40463 (Прим.2) коек). Экономия средств от сокращения коек равнялась 5210080 долларам США (Прим.7), однако, эти средства не были направлены в сектор здравоохранения и были поглощены общим государственным бюджетом.

За период 1992 -2000 гг. показатели обеспеченности больничными койками сократились с 108,4 до 65,8 на 10000 населения (Прим.7). Сокращение количества коек сопровождалось открытием стационарно замещающих учреждений.

Тем не менее, занятость больничных коек остается низкой вследствие снижения уровня госпитализации населения. Уровень госпитализированных больных на 1000 человек населения снизился с 126,9 в 1995г. до 90,9 (Прим.2) в 2000г., а оборот койки соответственно с 16 до 14 (Прим.2), среднее число дней работы койки в году - с 231 до 200 (Прим.2). Снижение основных функций коек произошло в результате недостаточного финансирования, отсутствия необходимых медикаментов и условий пребывания больных, и как следствие этого, снижение качества больничных услуг, а не в связи с улучшением оказания медицинской помощи на уровне ПМСП. Согласно результатам обследования домашних хозяйств, проведенного Всемирным Банком, 35% опрошенного населения не обращались за медицинской помощью из-за неплатежеспособности.

Сестринское дело в больницах слабо развито. Фактически, медсестры могут играть важную роль в улучшении качества и предоставлении больничных услуг.

Руководители стационарных учреждений обладают слабыми профессиональными навыками по менеджменту.

Состояние существующих больничных зданий продолжает ухудшаться. С момента ввода учреждений в большинстве из них не проводился капитальный ремонт. Недостаточное финансирование усложняют реновацию, капитальный ремонт, строительство и ввод новых больниц. Из 439 зданий учреждений больничной службы 65% (278) (Прим.3) были построены в период с 1938 по 1980гг., не соответствующие санитарным требованиям. За последние восемь лет в связи с отсутствием финансовых средств для большинства больничных учреждений не приобреталось современного оборудования.

Система связи во многих больничных учреждениях в неудовлетворительном состоянии, внутренняя связь почти отсутствует, также как и внешняя связь со службами скорой помощи и другими учреждениями госпитальной службы и ПМСП. Управление медицинскими учреждениями, из-за отсутствия соответствующих информационных технологий, затруднено.

В некоторых больницах в связи с недостаточным финансированием отсутствует питание, вследствие этого больные питаются за счет собственных средств. Установлено, что 70-80% лекарственных средств (Прим.8), назначаемых в больницах, были приобретены на собственные деньги пациентов.

Таким образом, характерными проблемами госпитальной службы являются:

- Сверхспециализация больничной службы;

- Избыточное количество больничных учреждений и коек;

- Стабильное падение функций больничных коек;

- Несоответствие эффективности к затратам;

- Отсутствие четкой системы направлений пациентов с первичного уровня медицинской помощи;

- Длительное пребывание и высокий уровень повторной госпитализации;

- Недостаточная автономность в принятии решений;

- Отсутствия критериев госпитализации пациентов;

- Необоснованные высокозатратные мощности и сооружения;

- Старая и неэффективная система финансирования;

- Отсутствие стимула с целью введения конкуренции и повышение эффективности;

- Нехватка лекарственных средств, больничного оборудования и инвентаря для диагностики, лечения и ухода за больными;

- Слабая стратегия по планированию, обучению и управлению людскими ресурсами госпитальной службы;

- Низкая роль специалистов сестринского дела в госпитальной службе;

- Неадекватная информационная система, со слабо развитой системой обратной связи;

- Отсутствие научно-доказательных клинических стандартов;

- Низкий уровень поддержки ПМСП;

- Неэффективное и устаревшее оборудование;

- Устаревшие здания и сооружения;

- Недостаточное развитие профессий, оказывающих поддержку медицине (инженерно-технические);

Данные проблемы поэтапно должны быть решены в процессе реформирования здравоохранения.

Предлагаемые решения

- Реструктуризация и рационализация госпитальной службы;

- Изменение системы финансирования госпитальной службы и создание условий для конкуренции;

- Обеспечение качества и экономической эффективности клинической практики;

- Эффективная поддержка первичной медико-санитарной помощи;

- Рационализация и модернизация материально-технической базы больниц и их инженерно-коммуникационных служб;

- Повышение роли специалистов сестринского дела в оказании госпитальной медицинской помощи;

- Совершенствование системы управления учреждениями госпитальной службы.

Приоритетные действия

- Разработка нормативной базы реструктуризации и рационализации учреждений госпитальной службы в увязке с реальной потребностью на местах, экономической и клинической эффективностью и расширение клинической практики первичной медико-санитарной помощи, предусматривающей:

- Трансформацию Сельских Участковых Больниц (СУБ) в Сельские Центры Здоровья (СЦЗ), за исключением учреждений, функционирующих в отдаленных и труднодоступных горных местностях;

- Слияние самостоятельных детских и других больниц, а также Роддомов в районных центрах с Центральными районными (городскими) больницами;

- Слияние городских больниц в областных центрах с областными больницами;

- Оптимизацию больничных учреждений и коечного фонда г.Душанбе;

- Реструктуризацию коечного фонда больниц;

- Создание больниц широкого и специализированного профилей;

- Создание при больницах отделения неотложной помощи;

- Разработать и внедрить механизм надлежащей поддержки службы ПМСП госпитальными учреждениями путем четкой системы преемственности медико-санитарной помощи на различных уровнях, перенаправления пациентов из учреждений ПМСП в госпитальные учреждения и обратно с информацией о пациенте, а также консультаций;

- Сокращение неэффективных коек параллельно с внедрением заменительных подходов, то есть организацией отделений дневного или короткого пребывания, отделений для пожилых лиц с хроническими заболеваниями;

- Разработать и внедрить критерии госпитализации пациентов в госпитальные учреждения различного уровня;

- Разработать и поэтапно внедрить новые методы финансирования, ориентированные на конечный результат (за пролеченный случай), способствующие созданию конкуренции;

- Поэтапно внедрить глобальный бюджет финансирования госпитальных учреждений;

- Разработать объем и виды платных услуг в госпитальных учреждениях и обеспечить внедрение в практику;

- Разработать программы Государственных гарантий госпитальной медицинской помощи;

- Разработать и внедрить "Руководства по стандартным методам лечения и диагностики заболеваний в госпитальных учреждениях";

- Разработать и внедрить стандарты качества госпитальной медицинской помощи;

- Разработать и внедрить индикаторы оценки деятельности учреждений госпитальной службы;

- Разработать и внедрить нормативно-методическую основу по аккредитации учреждений госпитальной службы;

- Разработать план поэтапной модернизации больниц, с учетом новых функций, состояния здания, инженерно-коммуникационных сооружений с точки зрения экономичности и эффективности;

- Разработать и внедрить план переподготовки и повышения роли специалистов сестринского дела госпитальной службы, с учетом новой роли и новых функций больниц;

- Разработать и внедрить план поэтапной переподготовки руководителей больничных учреждений в сфере управления госпитальной службой;

- Поэтапно ввести в штаты больниц должности финансовых менеджеров;

- Адаптировать информационную систему госпитальной службы к их новым функциям и методам финансирования;

- Разработать и внедрить механизм расширения автономности и ответственности госпитальных учреждений в организации своей деятельности.

4. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

Анализ ситуации

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан, в соответствии с действующим законодательством, организует государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в пределах своей компетенции, проводит мероприятия по экологической и радиационной безопасности, охране окружающей среды, а также санитарной охране территории республики, разрабатывает и утверждает республиканские и отраслевые санитарные нормы, правила и гигиенические нормативы.

В структуре центрального аппарата Министерства здравоохранения имеется санитарно-эпидемиологический отдел, ответственный за разработку и реализацию государственной политики в области санитарно-эпидемиологической службы, разработку стандартов, положений, норм и нормативов, регулирование деятельности, определения условий двусторонних соглашений Министерства с государственными учреждениями, функционирующими в области санитарно-эпидемиологической службы.

Санитарно-эпидемиологическая служба является исполнителем обеспечения санитарно-эпидемиологического надзора в республике.

Имеется вертикально-организованная структура санитарно-эпидемиологической службы, переживающая экономические трудности. Попытки реформирования коснулись эту службу в наименьшей степени. Продолжается нерациональное использование финансовых ресурсов, как результат фрагментации структуры и дублирования функций некоторых учреждений санитарно-эпидемиологической службы.

Функции санэпидслужбы можно разделить на 2 категории:

- санитария и гигиена;

- эпидемиология.

Службы санитарии и гигиены включают гигиену питания, гигиену детей и подростков, коммунальную гигиену, гигиену труда, радиационную гигиену и контроль за ядохимикатами. Санэпидстанции также осуществляют надзор за санитарно-гигиеническим состоянием в лечебно-профилактических учреждениях, детских садах, школах, лагерях отдыха, производственных, транспортных и других предприятиях, производят лабораторные исследования чистоты воздуха, воды, почвы, определяют уровень радиации и т.д.

Эпидемиологические службы санэпидстанций проводят контроль и собирают информацию об инфекционных, паразитарных заболеваниях, иммунизации населения, профессиональных заболеваниях и пищевых отравлениях, подлежащих регистрации, определяют любые случаи эпидемий, и на местах организуют и контролируют проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, направленных на их предупреждение и ликвидацию.

Структура санитарно-эпидемиологической службы включает:

Санитарно-эпидемиологические станции (СЭС)(74) (Прим.9), Республиканская - 1, областные - 4, городская с районным делением - 1, городские без районного деления - 27, сельских районов - 41 и, кроме того, СЭС и санитарно-эпидемиологическое отделения больниц других министерств и ведомств - 4.

Республиканская СЭС - является головным учреждением службы, осуществляет координацию и контроль качества деятельности учреждений санитарно-эпидемиологической службы.

Областные и городская СЭС с районным делением - осуществляют аналогичные функции на своей территории, районные и городские СЭС - осуществляет свои функции в пределах района и города.

Ведомственные санитарно-эпидемиологические станции - осуществляет ведомственный санитарно-эпидемиологический надзор за объектами соответствующих ведомств.

Республиканская противочумная станция(1) специализированное противоэпидемическое учреждение, предназначенное для проведения комплекса мероприятий, направленных на обеспечение эпидемиологического благополучия по чуме и другим особо опасным инфекциям (Прим.3).

Дезинфекционные станции - (24), областные (хозрасчетные) - 3, городские (хозрасчетные) - 4, городские (смешанное финансирование) - 2, районные (хозрасчетные) - 15 (Прим.3). Основными задачами их является проведение на объектах санитарного надзора, профилактической дезинфекции, дезинсекции, дератизации.

Центры по профилактике и борьбе со СПИД(5), Республиканский1, областных - 4, самостоятельные специализированные санитарно-эпидемиологические учреждения, выполняющие и координирующие комплекс мероприятий, направленных на своевременное выявление, организации лечения и предупреждение распространения заболевания СПИД (Прим.10).

Центры иммунопрофилактики - (4), Республиканский - 1, областные2, городской - 1, специализированные санитарно-эпидемиологические учреждения, осуществляющие и координирующие мероприятия по профилактике и борьбе с инфекциями, управляемыми средствами иммунизации (дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, корь, туберкулез, вирусный гепатит "В") (Прим.11).

Центры по борьбе с тропическими болезнями (малярия) - (15), Республиканский - 1, областной - 1, городской - 1, районные - 12, специализированные санитарно-эпидемиологические учреждения, осуществляющие и координирующие мероприятия по борьбе с малярией, другими тропическими болезнями и паразитарными инфекциями в республике. (Прим.11)

Центры проблем формирования здорового образа жизни - (4), Республиканский - 1, областные - 2, городской - 1, организационно-методическое учреждение по службе формирования здорового образа жизни населения.

Научное и методическое обеспечение в сфере санитарно-эпидемиологической службы обеспечивает Таджикский Научно-исследовательский институт профилактической медицины.

Финансирование санитарно-эпидемиологической службы производится из республиканского и местных бюджетов. По данным исследований всего 5% государственного бюджета на здравоохранение выделяется санитарно-эпидемиологической службе, (Прим.11) что крайне недостаточно. Отмечаются значительные различия в финансировании санитарно-эпидемиологической служб регионов. (Прим.3)

Финансирование ведомственных санитарно-эпидемиологических учреждений осуществляется по бюджету соответствующих министерств и ведомств.

Для повышения гибкости в использовании средств и быстрого реагирования в случаях эпидемий создан специальный фонд (эпидемиологический), который финансируется из госбюджета на здравоохранение отдельной строкой.

Основной контингент работников санитарно-эпидемиологической службы - санитарные врачи, врачи-эпидемиологи, врачи-бактериологи, помощники санитарных врачей и эпидемиологов, лаборанты. Обеспеченность кадрами санитарно-эпидемиологической службы крайне недостаточная, из-за оттока специалистов в связи низкой заработной платой и по другим причинам. За 1990-2000 годы число кадров службы сократилось в целом на 1639 (Прим.10) человек или на 58,4%. Самый высокий отток прослеживается среди среднего медицинского персонала службы. Знания и опыт персонала санитарно-эпидемиологической службы значительно снизились. В советский период врачи санитарно-эпидемиологической службы проходили подготовку в других союзных республиках. Вышеперечисленные специалисты проходят подготовку в Таджикском государственном медицинском университете. В соответствии с Концепцией реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан, подготовка специалистов с высшим образованием санитарно-эпидемиологической службы осуществляется по многоуровневой системе на общемедицинском факультете (первый уровень - 3 года, 2-ой уровень - 5 лет, 3-й уровень - магистратура).

Проведенный анализ состояния зданий и оборудовании показал, что только 20,4% учреждений санитарно-эпидемиологической службы размещены в типовых зданиях, а 5,1% - в специально построенных зданиях, 42,8%в приспособленных зданиях (помещениях), 31,6%в зданиях других учреждений. (Прим.10).

С 1990 года не проводился ремонт в 52 зданий учреждений санитарно-эпидемиологической службы (55,3%). (Прим.8).

Оборудование и инструментарий в лабораториях устаревшие, 20% требует ремонта, а 30% не подлежат восстановлению. (Прим.8).

В распоряжении санитарно-эпидемиологической службы имеются 97 автомашин для дезинфекции, из них 54 находится в нерабочем состоянии. (Прим.11). Из 122 автомашин для оперативной работы - не работает 65. (Прим.8)

Недостаточность финансовых средств, низкая обеспеченность санитарно-эпидемиологической службы кадрами, автотранспортом, необходимым оборудованием, расходными материалами и несовершенства соответствующих нормативно-правовых документов, привели к ухудшению деятельности и трудностям в выполнении функции службы, особенно по контролю за инфекциями, передаваемыми водным путем. При этом следует отметить, что в переходном периоде заметно ухудшилось обеспечение населения безопасной питьевой водой: только 54% (Прим.8) населения обеспечены водопроводной водой; во многих местах подача воды производится с перебоями; качество подаваемой питьевой воды не соответствует требованиям стандарта; действующая система водоснабжения находится в плохом санитарно-техническом и санитарно-гигиеническом состоянии.

Существующие проблемы санитарно-эпидемиологической службы должны быть последовательно решены путем ее реформирования.

Предлагаемые решения

- Совершенствование и развитие нормативно-правовой базы санитарно-эпидемиологической службы.

- Реструктуризация сети и функций учреждений санитарно-эпидемиологической службы.

- Приоритизация проблем общественного здравоохранения и многосекторальных действий с секторальной ответственностью.

- Совершенствовать управление санитарно-эпидемиологической службы на всех уровнях.

- Софинансирование санитарно-эпидемиологической службы.

- Определить стратегию развития кадровых ресурсов санитарно-эпидемиологической службы.

- Эффективное межсекторальное сотрудничество в управление проблемами борьбы с заболеваниями.

Приоритетные действия

- Разработать проекты:

- Нового Закона Республики Таджикистан "О Государственном санитарном надзоре";

- Закона Республики Таджикистан "О радиационной безопасности";

- Закона Республики Таджикистан "О питьевой воде";

- Закона Республики Таджикистан "О безопасности продуктов питания";

- Закона Республики Таджикистан "О защите населения от туберкулеза";

- Закона Республики Таджикистан "О защите населения от зоонозных инфекций";

- Внести на рассмотрение Правительства Республики Таджикистан проект Закона "О йодировании соли".

- Реорганизация Республиканской, областных, городских и районных санитарно-эпидемиологических станций в Республиканский, областные, городские и районные Центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

- Трансформация городских Центров Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в областных центрах в областные Центры Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

- Реорганизация самостоятельных дезинфекционных станций в городах и районах в дезинфекционные отделы городских и районных центров Государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

- Разработать и внедрить новую нормативную базу организации деятельности учреждений санитарно-эпидемиологической службы.

- Рационализация и приоритизация санитарно-эпидемиологических услуг на местах в зависимости от выраженности проблем детерминантов здоровья.

- Разработать и внедрить механизмы интеграции некоторых функций Центров Государственного санитарно-эпидемиологического надзора в первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

- Выделять на всех уровнях на систематической основе приоритеты проблем общественного здравоохранения и многосекторальных действий с секторальной ответственности, гибко адаптируя функции и сосредотачивая ресурсы Центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора к этим приоритетам.

- Организовать научные исследования по определению потребности санитарно-эпидемиологической службы в кадрах и на этой основе разработать долгосрочный план их подготовки.

- Разработать квалификационную характеристику для санитарных врачей, эпидемиологов и других категорий персонала службы.

- Разработать программу и план последипломного образования специалистов в области санитарно-эпидемиологической службы, включая управление службой.

- Разработать и внедрить программы поэтапного развития информационной технологии в санитарно-эпидемиологической службе и развитию информационной базы управления.

- Разработать перечень и объем, оказания платных услуг санитарно-эпидемиологической службы.

- Организовать функционирование санитарно-эпидемиологической службы на основе ежегодных двусторонних соглашений с вышестоящими органами здравоохранения.

- Разработать план поэтапной модернизации учреждений санитарно-эпидемиологической службы (здания, оборудование, транспорт, лабооатории. средства связи, инженерно-техническое обеспечение и т.д.).

- Разработать и внедрить механизм эффективной координации многосекторальных действий по борьбе с заболеваниями.

5. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Республика Таджикистан в переходном периоде к новым социально-экономическим условиям, столкнулась с серьезными проблемами в области обеспечения и доступности качественных лекарственных средств. Одним из аспектов решения этих проблем является реформирование и развитие фармацевтического сектора страны.

Анализ Ситуации

Отдел фармации и медицинской техники Министерства здравоохранения Республики Таджикистан несет ответственность за разработку и реализацию политики и стратегии фармацевтического сектора страны.

Государственный научный центр экспертизы лекарств, сертификации фармацевтической продукции, медицинской техники, изделий, медицинского и санитарно-гигиенического назначения, продуктов лечебно-профилактического питания и косметики (ГНЦЭЛ) при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан занимается вопросами регистрации и ведения Реестра лекарственных средств, аккредитации и лицензирования фармацевтической деятельности, контроля качества и сертификации лекарственных средств. (Прим.12).

В целях выдачи разрешения на клинические испытания и применение в медицинской практике новых лекарственных, диагностических и профилактических средств, а также рассмотрение и согласование нормативно-технической документации при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан функционируют Фармакологический и Фармакопейный Комитеты.

Закупкой, поставкой и реализацией лекарственных средств занимается Акционерное Общество Открытого Типа (АООТ) "Доруи Точик" (ранее Республиканское производственное объединение (РПО) "Таджикфармация") с его структурными подразделениями в областях, районах и городах Республики Таджикистан в лице областных, районных и городских производственных объединений и предприятий, а также фармацевтические учреждения, имеющие лицензию на занятие фармацевтической деятельностью.

Производством лекарственных средств занимается Таджикско-Индийское Совместное Предприятие "Таджик Аджанта Фарма Лимитед" (СП ТАФЛ), а аптечным изготовлением лекарственных средствпредприятия структуры АООТ "Доруи Точик".

При Министерстве здравоохранения функционируют Комитет по развитию фармацевтической индустрии "Таджикфарминдустрия" и Научно-экспериментальный производственно-фармацевтический центр по разработке новых лекарственных препаратов на основе местного сырья.

Приняты Законы страны "О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности" и "О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах", практикуется разработка и применение Списка Основных Лекарственных Средств (СОЛС).

Ввоз, производство, реализация и применение лекарственных средств и медицинских товаров разрешены только при наличии их государственной регистрации. Регистрация лекарственных средств в Республике осуществляется с 1993 года. В настоящее время зарегистрировано только 204 лекарственных средств, произведенных в странах Новых Независимых Государств и 179 - произведенных в странах дальнего зарубежья. Большинство зарегистрированных лекарственных препаратов произведено в Украине (150), в Венгрии (100), в России (54), в Австрии (32), Германии (12) и др. (Прим.13). Доля зарегистрированных лекарственных средств из СОЛС в Республике Таджикистан составляет 29,7%. (Прим.14).

Одной из проблем регистрации фармацевтической продукции является отсутствие политики, поощряющей регистрацию препаратов-генериков (препараты, не защищенные патентом и производимые большим числом производителей) и Основных лекарственных средств, чем обусловлен ограниченный доступ населения к этим средствам.

Вследствие нелегального ввоза лекарственных средств на рынке все еще циркулирует большое количество незарегистрированных лекарственных средств.

Аккредитация осуществляется в соответствии с установленными стандартами (Прим.15), посредством которых признается правомочность физических и юридических лиц осуществлять фармацевтическую деятельность.

С 1992 года осуществляется процесс лицензирования как для государственных, так и частных аптечных учреждений. Однако политика лицензирования еще не совершенная, в том числе в отношении фирм с несколькими филиалами.

Лицензия выдается на реализацию лекарственных средств (Прим.16); промышленное производство и реализацию производителями фармацевтической продукции, медицинской техники, изделий медицинского и санитарно-гигиенического назначения, продуктов лечебно-профилактического питания и косметики (Прим.17); экспорт и импорт лекарственных средств (Прим.18).

В последнее время наблюдается растущая динамика лицензирования функционирующих аптечных учреждений. Однако число функционирующих аптек, а также их географическое расположение регулируется недостаточно. Организация аптечных учреждений в отдаленных и сельских местностях не стимулируется.

Государственный контроль в сфере законного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров организуется и осуществляется Агентством по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан и другими государственными органами, в том числе Министерством здравоохранения в пределах их полномочий, в порядке, установленном законодательством Республики Таджикистан.

Уголовная ответственность за незаконный оборот наркотических средств и психотропных веществ или прекурсоров предусмотрена Уголовным Кодексом Республики Таджикистан.

Определен порядок выдачи лицензии в сфере законного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров (Прим.19). В аптеках удалось остановить продажу наркотических лекарственных средств и психотропных лекарственных веществ без лицензии. В настоящее время ощущается нехватка этой группы лекарственных средств для нуждающегося населения.

В Республике СОЛС был принят в 1994г. с последующим пересмотром каждые два года. Последний СОЛС включает 262 наименования лекарственных средств и 15 изделий медицинского назначения. Однако он не достаточно известен медицинским и фармацевтическим работникам и мало используется в их практической деятельности.

В процесс лекарственного обеспечения страны вовлечены Министерство здравоохранения, АООТ "Доруи Точик", гуманитарные организации и частные аптечные учреждения. Наряду с этим существует и нелегальная поставка лекарственных средств. АООТ "Доруи Точик" как и его предшественник РПО "Таджикфармация" не могло гарантировать поставки лекарственных средств из этого списка, не соблюдает принципы их отбора, импортирует широкий диапазон других лекарственных средств. Следуя принципам рыночной экономики, был начат процесс приватизации ряда государственных аптек. Соответственно с этим отмечается рост числа частных аптечных учреждений. В то же время незаконный импорт лекарственных средств в малых количествах индивидуальными импортерами остается основным источником для частных аптек и черного рынка из-за более низких цен. Основная часть закупаемых лекарственных, средств поступает из России, причем не по самым низким мировым ценам и не самого лучшего качества. Частные аптечные учреждения закупают лекарственные средства, не принимая во внимание СОЛС. Основные лекарственные средства мало доступны как в государственном секторе здравоохранения, так и в частном, в котором циркулирует огромное количество лекарственных средств, не включенных в СОЛС.

В последние годы не проводилось научно-обоснованной оценки потребности в лекарственных средствах и фактическое потребление лекарственных средств (суммарно из всех источников) никем не учитывается.

В соответствии с исследованиями Министерства здравоохранения Республики Таджикистан приблизительно 25% потребности лекарственных средств в государственной системе здравоохранения покрывается поставками государственного сектора (неотложная медицинская помощь); приблизительно 27,7% - гуманитарными организациями, а остальное непосредственно пациентами.

Определенную озабоченность вызывает недостаточное наличие лекарственных средств, используемых для лечения эндокринологических, онкологических болезней и средств для наркоза. Эти группы лекарственных средств практически не поставляются. Средства для наркоза поставляются гуманитарными организациями в ограниченном ассортименте.

В структуре Министерства здравоохранения созданы и функционируют подразделения по контролю качества лекарственных средств. Однако существующие лаборатории не соответствуют современным требованиям. Имеется потребность в создании Национальной лаборатории контроля качества лекарственных средств, что потребует значительных финансовых вложений.

Инспекционная служба ГНЦЭЛ осуществляет надзор за соблюдением законодательных и нормативно-правовых актов, регламентирующих качество лекарственных средств и фармацевтическую деятельность. Не редки случаи выявления недоброкачественных, просроченных, незарегистрированных, фальсифицированных лекарственных средств, а также лекарственных препаратов, не имеющих сертификата качества. Из-за несовершенной законодательной базы, принимаемые инспекторами меры не эффективны, отсутствуют такие санкции как штрафы. Профессиональная подготовка инспекторов в соответствии с новыми экономическими условиями заслуживает особого внимания.

На данном этапе информация о лекарственных средствах исходит, главным образом, от производителей и, поэтому, носит субъективно-рекламный характер. Врачи и фармацевты не имеют доступа к современной литературе и испытывают недостаток информации о лекарственных средствах (противопоказания, побочные действия и взаимодействие с другими лекарственными средствами). В Республике не разработан Национальный Лекарственный Формуляр, который мог бы служить важным источником объективной информации об Основных лекарственных средствах для медицинских и фармацевтических работников страны. Отсутствует нормативно-правовая база, регламентирующая рекламу и продвижение лекарственных средств на рынке. Отсутствует постоянный механизм выявления и учета случаев возникновения побочных реакций на лекарственные средства.

Анализ практики выписывания лекарственных средств показал, что среднее количество лекарственных средств, назначаемых одному больному на уровне ПМСП, составляет 2,67. Только 60% лекарственных средств были прописаны под Международными непатентованными наименованиями (генерическими), что указывает на неэффективные методы выписывания. Использование антибиотиков в 41% случай и инъекций в 48% случаев всех предписаний свидетельствует о достаточно высоком уровне их назначений в учреждениях ПМСП. Только 66% всех предписанных лекарственных препаратов фигурирует в СОЛС (Прим.20).

В настоящее время в практике ПМСП применяются еще ограниченное количество стандартных схем лечения (острые респираторные инфекции, диарея, туберкулез, малярия и т.д.). Терапевтический лекарственный комитет Министерства здравоохранения только создан.

Среди населения широко распространено самолечение, одной из причин которого является возможность приобретения лекарственных средств без рецептов. Помимо медицинской инструкции по применению лекарственных препаратов, больные практически не получают дополнительной информации.

Централизованное финансирование лекарственных средств не существует. В бюджете государственным медицинским учреждениям предусматривается определенные средства для приобретения лекарственных средств без учета реальных потребностей. В государственных медицинских учреждениях лекарственные средства, имеющиеся в наличии, предоставляются пациентам стационаров бесплатно. Льготный отпуск лекарственных средств амбулаторным больным предоставляется определенному контингенту граждан. Однако, лишь очень ограниченное количество лекарственных средств доступно по льготному отпуску. Установлено, что средняя стоимость медикаментозного лечения амбулаторного больного составляет 2,6 доллара США (Прим.20)

Фактические государственные расходы на лекарственные средства в 1999 году на душу населения составляли 0,29 доллара США, что значительно ограничивает доступ населения к лекарственным средствам. В случаях, когда лекарственные препараты не имеются в наличии в медицинском учреждении, пациенты вынуждены приобретать их за собственный счет.

Среднее специальное фармацевтическое образование можно, получить в медицинских колледжах, а высшее фармацевтическое образование в Таджикском Государственном Медицинском Университете.

В Таджикистане принята концепция реформы медицинского и фармацевтического образования (Прим.21), в соответствии с которой предусмотрена подготовка фармацевтических кадров в области фармацевтической индустрии и клинической фармации. Имеются проблемы последипломного образования кадров в области фармации.

До приобретения независимости в Таджикистане не уделялось должного внимания развитию фармацевтической науки и не проводилось планомерных исследований в области фармации. Затем в этой области ситуация изменилась, был создан Научно-экспериментальный и производственно-фармацевтический центр Министерства здравоохранения, который занимается разработкой лекарственных препаратов на основе местного сырья минерального, растительного и животного происхождения (Прим.22). В настоящее время разработаны лекарственные формы из змеиного яда и некоторых лекарственных растений.

До приобретения независимости в Республике Таджикистан существовала лишь одна фармацевтическая фабрика в г.Душанбе, где осуществлялась фасовка, производство некоторых галеновых и стерильных препаратов. Кроме того, имелись 2 маломощных цеха по выпуску облепихового масла и масла шиповника в городах Кофарниган и Хорог. В последующем, Министерством здравоохранения было уделено внимание развитию местной фармацевтической промышленности. Создан цех по производству стерильных и галеновых лекарственных препаратов в Дангаринском районе Хатлонской области. В ряде аптек получил развитие внутриаптечное производство. Были созданы специальные хозяйства по выращиванию, заготовке и переработке лекарственных растений.

Правительство страны поддержало создание совместного с Индийской фармацевтической компанией "Аджанта Фарма Лимитед" предприятия по выпуску лекарственных средств "Таджик Аджанта Фарма Лимитед" (СП ТАФЛ). В настоящее время СП ТАФЛ производит 4 наименования лекарственных препаратов. В перспективе планируется наладить производство до 30% лекарственных средств из Списка основных лекарственных средств.

В республике ощущается дефицит в высококвалифицированных специалистах фармацевтического производства.

Сегодня значительная часть поставок лекарственных средств для государственного сектора здравоохранения осуществляется за счет гуманитарной помощи. Международным сообществом лекарственная гуманитарная помощь Республике представлялась с 1994 года. За последние годы объем гуманитарной поставки лекарственных средств существенно сокращается. Регулирование гуманитарных (пожертвованных) лекарственных средств осуществляется согласно "Руководства по пожертвованиям фармацевтической и медицинской продукции в Республике Таджикистан" (Прим.23), которое основано на принципах ВОЗ.

Проектом рационализации фармацевтической политики Фонда Ага Хана практикуется внедрение создания вращающих фондов лекарственных средств в ГБАО, которое привело к улучшению доступности и рациональному использованию основных лекарственных средств по сравнению с другими областями, что является хорошим примером.

Таким образом, существующие проблемы в фармацевтическом секторе страны являются серьезной мотивацией для его реформирования.

Предлагаемые решения

- Создание надлежащей лекарственной политики и управление фармацевтическим сектором;

- Совершенствование и развитие нормативно-правовой базы в сфере фармацевтической деятельности;

- Организация разработки национальных стандартов в области фармации в соответствии с международными нормами;

- Внедрение эффективных методов финансирования и закупок лекарственных средств;

- Развитие доступа к информации о лекарственных средствах для медицинского и фармацевтического персонала, а также населения;

- Развитие клинической практики в ПМСП и госпитальной службе здравоохранения;

- Развитие физического и экономического доступа к лекарственным средствам включая отдаленные районы и сельской местности;

- Развитие фармацевтической индустрии ориентированной на производство лекарственных средств из местного сырья и СОЛС;

- Усовершенствование существующей системы обеспечения качества лекарственных средств;

- Осуществление эффективных мер для подготовки квалифицированных фармацевтических кадров;

- Развитие научных исследований в области фармации.

Приоритетные действия

- Разработка и осуществление Национальной лекарственной политики;

- Разработка и внедрение плана действий по реализации Национальной лекарственной политики;

- Создание комитета по мониторингу Национальной лекарственной политики;

- Определение основных приоритетов Национальной лекарственной политики;

- Проведение мониторинга развития Национальной лекарственной политой;

- Реализация Законов Республики Таджикистан "О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности" и "О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах" посредством разработки и внедрения нормативных актов Республики Таджикистан и Министерства здравоохранения Республики Таджикистан;

- Разработка проектов Законов Республики Таджикистан о внесении изменений и дополнений к действующему законодательству в связи с принятием Закона Республики Таджикистан "О лекарственных средствах и фармацевтической деятельности";

- Разработка порядка составления и введение в действие национальных стандартов по обеспечению качества и производства лекарственных средств путем их адаптации к международным нормам;

- Разработка механизма внедрения национальных фармацевтических стандартов посредством изучения мирового опыта с учетом характерных особенностей страны;

- Разработка положений о функционировании фармацевтических учреждений в новых экономических условиях;

- Увеличение бюджетных ассигнований в секторе здравоохранения на лекарственные средства с учетом их реальной потребности;

- Обеспечение контроля за использованием бюджетных средств для закупок основных лекарственных средств;

- Проведение мониторинга цен на основные лекарственные средства с целью разработки механизма их ценорегулирования;

- Проведение исследований в области покрытия затрат на лекарственные средства с последующей разработкой и внедрением приемлемого механизма возмещения расходов на лекарственные средства;

- Пересмотр существующей системы налогообложения на лекарственные средства;

- Определение потребности в лекарственных средствах по Республике Таджикистан;

- Распространение в сотрудничестве с международными организациями, примера проекта рационализации фармацевтической политики Фонда Ага Хана по созданию Вращающего Фонда Медикаментов в пилотных по реформе здравоохранения районах;

- Проведение и усовершенствование процедуры закупок лекарственных средств под генерическим названием на тендерной основе;

- Пересмотр существующей практики льготного отпуска лекарственных средств для уязвимых групп населения и выделение соответствующего бюджета;

- Создание на Национальном уровне базы данных по информации о лекарственных средства для медицинских, фармацевтических работников и населения;

- Разработка Национального лекарственного Формуляра Республики Таджикистан;

- Издание на регулярной основе Лекарственного бюллетеня и других информационных материалов;

- Пропаганда и поощрение использования Основных лекарственных средств и их генерических наименований;

- Разработка порядка рекламирования лекарственных средств;

- Создание Терапевтических Лекарственных Комитетов в лечебно-профилактических учреждениях республики и обучение их членов;

- Разработка Руководства по клинической практике для ПМСП и госпитальной службы с последующим его внедрением;

- Мониторинг побочных действий лекарственных средств;

- Пересмотр списка лекарственных средств безрецептурного отпуска;

- Пересмотр (1 раз в 2 года) СОЛС, создание и внедрение программ повышения уровня знаний медицинских и фармацевтических кадров по использованию СОЛС и лекарственных средств в целом;

- Рационализация аптечной сети Республики, посредством разработки механизма государственной поддержки для сохранения аптечных учреждений а сельских местностях и в отдаленных районах;

- Поощрение продвижения на рынке лекарств гад международным непатентованным наименованием (генерики);

- Разработка механизмов ценообразования поощряющие продажу качественных, безопасных и недорогих лекарственных средств;

- Совершенствование регулирования деятельности частного и государственного фармацевтического сектора страны;

- Разработка Национальной программы по развитию местной фармацевтической промышленности, ориентированной на производство лекарственных средств из местного сырья и СОЛС;

- Организация мелких производственных и совместных предприятий по производству основных лекарственных средств;

- Разработка программы по внедрению принципов Надлежащей Производственной Практики (GMP);

- Изучение ресурсов местного природного лекарственного сырья;

- Развитие специализированных хозяйств по выращиванию, сбору, заготовке и переработке лекарственного растительного сырья;

- Развитие котрольно-разрешительной системы фармацевтического сектора;

- Создание национальной лаборатории контроля качества лекарственных средств;

- Совершенствование процедуры регистрации и сертификации лекарственных средств и медицинских товаров, при этом дать предпочтение Основным лекарственным средствам;

- Разработка необходимых нормативных актов по совершенствованию системы аккредитации фармацевтических учреждений;

- Разработка механизма усовершенствования проведения фармацевтического инспектирования и подготовки соответствующих кадров;

- Пересмотр учебных планов и программ додипломной и последипломной подготовки фармацевтических кадров в соответствии с Концепцией реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан;

- Разработка квалификационных требований к уровню подготовки фармацевтических кадров;

- Разработка и внедрение новых программ и методов обучения по рациональному использованию лекарственных средств, клинической фармации, надлежащей аптечной и производственной практики;

- Развитие последипломного образования фармацевтических кадров;

- Разработка и внедрение новых лекарственных средств на основе местного сырья;

- Усовершенствование и адаптация производства Основных лекарственных средств;

- Проведение исследований в области обеспечения качества, безопасности и эффективности лекарственных средств, а также усовершенствование системы лекарственного обеспечения.

6. ЛЮДСКИЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Людские ресурсы являются фундаментом любой системы здравоохранения и ключевым условием успеха организационных преобразований. Они должны набираться, удерживаться и расставляться наиболее эффективным образом. Если процесс развития людских ресурсов не отвечает потребностям населения в услугах здравоохранения и не соответствует социальным условиям, практически невозможно добиться желаемого уровня охраны здоровья. Ключевой фигурой людских ресурсов здравоохранения являются врачи и средний медицинский персонал. Особую группу составляют фармацевтические кадры.

Анализ ситуации

В системе здравоохранения работают 45688 медицинских и фармацевтических работников. Из них врачей различных специальностей 12972, провизоров 438, среднего медицинского персонала 31598 и фармацевтов 680 (2000г.) (Прим.2).

Существует явная диспропорция в подготовке врачей и среднего медицинского персонала, провизоров и фармацевтов в регионах. Обеспеченность врачами и средними медицинскими работниками на 10000 населения по республике составляет 20,9 и 51,0 соответственно, данный показатель по регионам республики колеблется от 2,3 до 72,1 для врачей и от 9,2 до 87,6 для среднего медицинского персонала (Прим.2).

Обеспеченность провизорами и фармацевтами на 10000 населения (2000г.) (Прим.2) по республике составляет 0,7 и 1,1 соответственно.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала составляет 1 : 2,6.

В переходном периоде одной из проблем здравоохранения стал отток медицинских и фармацевтических кадров, основной причиной которой является низкий уровень заработной платы.

Подготовка медицинских и фармацевтических кадров с высшим образованием осуществляется в Таджикском Государственном Медицинском Университете (ТГМУ) имени Абу Али ибн Сино. Согласно "Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан", подготовка этих кадров проводится по многоуровневой системе. Последним уровнем подготовки является магистратура со сроком обучения 2-3 года в зависимости от выбранной специальности, в том числе семейный врач - 2 года.

В прошлом прием в ТГМУ имени Абу Али ибн Сино ежегодно составлял в среднем 1000 и более человек, и это было чрезмерной нагрузкой для существующей учебной базы и отрицательно влияло на качество подготовки. В связи с этим, Министерством здравоохранения были внесены изменения в ежегодный план приема, и он стал более оптимальным (600 человек в год). Они были направлены на повышение качества и предотвращение в перспективе подготовки избыточного количества кадров. При этом сделан особый акцент на подготовку из регионов с низкой обеспеченностью кадрами и на последовательные сокращения дисбаланса географического и по специальностям.

Подготовка среднего медицинского персонала проводится в медицинских колледжах и училищах со сроком обучения 4 и 3 года соответственно. Существует 4 медицинских колледжа и 9 медицинских училищ. В медицинских колледжах осуществляется подготовка по специальностям "Общемедицинское дело", "Акушерское дело" и "Фармацевтическое дело". В медицинских училищах предусматривается подготовка по специальностям "Сестринское дело", "Лабораторное дело", "Зуботехническое дело", "Гигиена, санитария, эпидемиология", "Медицинская техника и оборудование" Преподавателями медицинских колледжей и училищ являются в основном врачи208 (53,6%), тогда как медицинские сестры всего лишь - 36 (Прим.24) (9,3%). Ежегодно средними специальными медицинскими учебными заведениями выпускается более 2500 (Прим.24) средних медицинских работников.

Существующая система подготовки среднего медицинского персонала не соответствует рекомендациям ВОЗ и требует пересмотра. Медсестры обучаются в традиционной форме, система подготовки не нацелена на принятие самостоятельных решений.

Последипломная подготовка медицинских и фармацевтических кадров, в том числе переподготовка специалистов общей практики (семейных врачей и семейных медсестер) проводится на базе Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК), основанном в 1993 году. Эти кадры обязаны проходить усовершенствование каждые 5 лет.

Программа обучения, разработанная для переподготовки семейных медсестер, базируется, в основном, на развитии технических навыков, в связи с чем она пересматривается в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Медицинские учебные заведения имеют проблемы, связанные с нехваткой учебных материалов, оборудования, места проживания студентов.

Для определения уровня квалификации специалистов существует система аттестации, в соответствии с которой, в зависимости от стажа работы и результатов сдачи экзамена, присваивается одна из трех квалификационных категорий (высшая, 1-ая, 2-ая). Присуждение категории престижно для работника и повышает его заработную плату. Однако, размер вознаграждения за наличие квалификационной категории низкий, поэтому у кадров здравоохранения отсутствует достаточная заинтересованность для ее получения. В связи с чем в республике имеют квалификационные категории всего лишь 19% врачей, провизоров и 5,4% средних медицинских работников, фармацевтов.

Поступление в медицинские учебные заведения доступно, однако, после завершения учебы, сохранить медицинские кадры не просто из-за низкой заработной платы.

Прием и организация работы медицинского персонала осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Республики Таджикистан. Этим законом гарантировано право на труд и определенные льготы. ЛРЗ используются нерационально, врачи выполняют ряд функций, которые в других странах возложены на средний медицинский персонал.

В системе здравоохранения практикуется контрактная форма найма на работу, при которой заработная плата обговаривается сторонами, а также широко используется совмещение и замещение должностей.

Мотивация работы медиков базируется на общественном признании и уважении, а также желании обеспечить себе государственную пенсию, в то же время существующая система финансирования здравоохранения и низкая заработная плата не стимулирует повышение эффективности труда персонала. Это способствует тому, что:

а) медицинские работники покидают свою работу;

б) работают без полной отдачи, т.к. вынуждены дополнительно подрабатывать;

в) низкому качеству работы.

Таким образом, проблемы ЛРЗ должны быть поэтапно решены в процессе реформирования отрасли.

Предлагаемые решения

- Совершенствование планирования, подготовки и управления кадровыми ресурсами;

- Развитие политики подготовки кадров по последовательному устранению географического дисбаланса, дисбаланса по специальностям, занятости и организационного дисбаланса;

- Определение научно-обоснованной потребности здравоохранения в медицинских и фармацевтических кадрах, и на этой основе разработка долгосрочной программы их подготовки;

- Повышение качества подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров;

- Лицензирование и сертификация клинической практики;

- Осуществление устойчивой политики по развитию сестринского дела.

Приоритетные действия

- Создать информационную систему по развитию ЛРЗ, совершенствовать практику планирования, подготовки, распределения и занятости кадров;

- Разработать и внедрить критерии и механизмы продвижения по службе (карьеры);

- Разработать и внедрить мероприятия по сохранению трудовых ресурсов служб здравоохранения;

- Обеспечить реализацию норм Закона Республики Таджикистан "Об охране здоровья населения", в части социальной защиты работников здравоохранения;

- Разработать механизмы изменения финансирования медицинских услуг в сфере ПМСП (подушевое финансирование) и госпитальной службы (на пролеченный случай), способствующие повышению заинтересованности и ответственности персонала здравоохранения;

- Изучить состав и структуру занятости медицинского персонала и на этой основе осуществлять планирование их подготовки;

- Осуществить подготовку врачебных кадров для регионов по социальному заказу Министерства здравоохранения с последующим направлением на работу на договорной основе;

- Разработать и внедрить механизмы приема в высшие медицинские учебные заведения из регионов с низкой обеспеченностью кадрами;

- Привести штатные нормативы учреждения здравоохранения в соответствие с реструктуризацией предоставления медицинских услуг;

- Организовать исследования и установить научно-обоснованный подход к определению потребности здравоохранения в медицинских и фармацевтических кадрах;

- Разработать Государственный образовательный стандарт высшего медицинского профессионального образования Республики Таджикистан;

- Разработать Государственный образовательный стандарт среднего медицинского профессионального образования Республики Таджикистан;

- Провести программы додипломной и последипломной подготовки медицинских кадров с высшим и средним образованием в соответствие с Концепцией реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан, а также к принципам политики "Здоровье для всех" и общественного здравоохранения, медико-санитарной помощи с акцентом на укрепление здоровья, ПМСП и качество;

- Исключить из программ клинического обучения додипломной подготовки дублирующие темы и предметы, устранить фрагментированные материалы базовых предметов путем их интеграции в одну дисциплину;

- Разработать и реализовать программу по совершенствованию знаний преподавательского состава медицинских учебных заведений, в том числе за пределами республики;

- Разработать план модернизации учебных, включая клинических баз подготовки медицинских и фармацевтических кадров;

- Совершенствовать механизмы аккредитации медицинских учебных заведений;

- Разработать квалификационные характеристики специалистов здравоохранения;

- Разработать и внедрить механизмы сертификации и лицензирования клинической практики;

- Пересмотреть номенклатуры специальностей и должностей;

- Внедрить в практику проведения медицинскими образовательными учреждениями на регулярной основе оценку качества работы выпускников для обеспечения обратной информационной связи по улучшению учебных планов и программ;

- Развивать процесс подготовки медицинских кадров ПМСП (семейных врачей и семейных медицинских сестер, акушерок, менеджеров, работников общественного здравоохранения и др.);

- Разработать стандарты качества подготовки специалистов на всех этапах додипломного и последипломного образования;

- Разработать и реализовать стабильные и гибкие планы повышения квалификации медицинского и фармацевтического персонала;

- Организовать при ТГМУ имени Абу Али ибн Сино факультет высшего сестринского образования;

- Разработать квалификационную характеристику для специалистов с высшим сестринским образованием;

- Разработать учебную программу подготовки медицинских сестер с высшим образованием;

- Подготовить команду лидеров сестринского дела на Национальном уровне в странах дальнего и ближнего зарубежья;

- Разработать и реализовать Программу подготовки медсестер лидеров на всех уровнях, создать базу обучения на Национальном и региональном уровнях;

- Изучить существующие примеры надлежащей практики медицинских сестер в сфере ПМСП и госпитальной службы, и на этой основе разработать программу развития такой практики в сестринском деле;

- Вовлечение медсестер-лидеров в проведение научных исследований в области медсестринского дела.

7. ФИНАНСИРОВАНИЕ

Система финансирования здравоохранения неадекватная, не отвечает потребностям населения и требует реформирования.

Анализ Ситуации

Традиционно здравоохранение финансировалось по остаточному принципу, а в последние годы, начиная с 1995г., уровень расходов на здравоохранение сократился с 4-6% от ВВП до 0,94% (2000г.) (Прим.25), от государственного бюджета - с 11-12% до 6,5% - в 2000 году (Прим.25). Если в 1991 году расходы на здравоохранение на душу населения были равны 192,2 долларов США то в 2000 году они приравнивались к 1,5 долларов США (Прим.25).

Здравоохранение финансируется преимущественно государством, а также имеет частичную поддержку национальных, отраслевых и совместных программ со стороны ряда международных организаций. Пациенты платят определенные суммы за медицинские услуги неофициально, тогда как в государственных лечебных учреждениях платные услуги не предусмотрены, за исключением оплаты потребителей да медицинские услуги в хозрасчетных учреждениях.

Отмечается значительная диспропорция в распределении финансовых средств между службами здравоохранения. Так, больницы поглощают около 71% всех расходов, тогда как на ПМСП направляются всего лишь 16%, на СЭС - 5,0%, . специализированную помощь - 4,8%, другие - 3,7%. При этом во многих регионах республики средства, направляемые на ПМСП, не составляют даже и 16% (Прим.3).

Проводимая рационализация коечного фонда, из-за несовершенства системы распределения бюджета, не смогла способствовать финансовой поддержке здравоохранения, а сэкономленные средства от сокращения дублирующих учреждений и коек полностью были поглощены бюджетом.

В учреждениях здравоохранения основная доля бюджета расходуется на заработную плату, питание, медикаменты и хозяйственные расходы. Несмотря на приоритетное финансирование статьи "заработная плата", она остается очень низкой. Если в 2000 году среднемесячная заработная плата по республике составляла 15,57 долларов США, то для работников здравоохранения - 3,7 доллара США (Прим.25).

Унаследованная система финансирования здравоохранения не отвечает принципам перехода к рыночной экономике, что имеет достаточно серьезные последствия для отрасли.

Сокращается ресурсная база сектора здравоохранения и не в состоянии устойчиво поддерживать имеющуюся инфраструктуру и обеспечение населения медицинской помощью. Чрезмерно специализированная система оказания медицинской помощи обременена излишними производственными мощностями, огромными зданиями и сооружениями, ведущими к высоким постоянным затратам. Поскольку исторически, лечебные учреждениями финансировались по мощностным показателям и уровню потребления ресурсов, сама система стимулировала поставщиков медицинских услуг к поддержанию огромных неэффективно используемых физических структур, "раздутых" штатов.

Распределение финансовых ресурсов здравоохранения осуществляется по статьям бюджета, что не нацелено на объем и качество предоставляемых услуг. Выделенные бюджеты гарантировались государством, что исключало конкретную борьбу поставщиков медицинских услуг за привлечение большего количества пациентов и обеспечение более низкозатратных медицинских услуг лучшего качества. Поскольку бюджетные средства расходуются строго по статьям, поставщики медицинских услуг не могут использовать имеющиеся ресурсы наиболее затратноэффективным способом.

Решения по распределению ресурсов принимаются на пяти различных уровнях, начиная от решения по общему объему ресурсов, распределяемых сектору здравоохранения на государственном уровне, заканчивая определением объема финансирования каждого медицинского учреждения в отдельности. Существующая ситуация финансирования здравоохранения требует реформирования.

Предлагаемые решения

Предлагаемые решения направлены на создание адекватной системы финансирования здравоохранения. В связи с этим необходимо:

- Изменение системы распределения средств на основе подушевого метода;

- Определение и привлечение дополнительных источников финансирования здравоохранения;

- Приоритизация медицинских услуг;

- Изменение системы оплаты и поощрения поставщиков медицинских услуг

- Создание на всех уровнях управленческого потенциала и информации по стоимости услуг.

- Рационализация использования имеющихся мощностей и сооружений, направленная на ликвидацию необоснованных экономических затрат.

Приоритетные действия

- Разработать и поэтапно внедрять пилотным методом механизм подушевого распределения финансовых средств;

- Разработать законодательную базу для реформирования системы финансирования здравоохранения;

- Разработать нормативную базу:

- по реинвестированию в здравоохранение сэкономленных в отрасли, в результате процесса реструктуризации, средств;

- по сооплате пациентов за услуги;

- Установление объемов платных услуг в двусторонних соглашениях между покупателями и поставщиками медицинских услуг;

- Принятие закона "О медицинском страховании граждан", с поэтапным внедрением нормы закона в части обязательного медицинского страхования;

- Разработать и внедрить программу государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью;

- Разработать и внедрить стратегию оплаты медицинских услуг, предусматривающую:

- внедрение пилотным способом подушевого финансирования учреждений ПМСП с последующим распространением по всей стране;

- механизм распределения финансовых средств учреждениям ПМСП;

- изменение методов оплаты больничной помощи;

- механизм финансирования учреждений госпитальной службы, основанный на принципах пролеченного случая;

- создание новой системы учета и отчетности в сфере финансирования здравоохранения;

- механизм поощрения персонала ПМСП за определенные виды медико-санитарных услуг;

- систему и механизм предоставления счетов на оплату медицинских услуг;

- Разработка и внедрение на уровне поставщиков медицинских услуг системы управления бюджетными средствами (клинико-информационные, финансовые системы управления, внутренний контроль, система управления кадрами, обеспечения качества и т.д.);

- Разрабатывать ежегодные бизнес-планы затрат учреждений здравоохранения;

- Разработать и внедрить систему подготовки руководителей органов и учреждений здравоохранения в области экономики и финансирования здравоохранения.

8. УПРАВЛЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

Изменения в политическом устройстве страны и сфере экономики обострили несовершенство существующих методов управления и организации системы здравоохранения, что повлекло за собой необходимость проведения мероприятий по её адаптации к новым условиям.

Анализ ситуации

Система здравоохранения Таджикистана построена в соответствии с общей структурой государственного устройства и состоит из 3 уровней: республиканский - Министерство здравоохранения, областной (городской) - Управления здравоохранения Хукуматов областей (городов), районныйЦРБ и ЦГБ.

Министерство здравоохранения является органом государственного управления, осуществляющим государственную политику в сфере охраны здоровья населения, руководит здравоохранением в стране и в пределах своей компетенции реализует и координирует вопросы государственной политики в области охраны здоровья населения.

Министерство в своей деятельности руководствуется Конституцией Республики Таджикистан, Законом Республики Таджикистан "Об охране здоровья населения", другими законами и нормативно-правовыми актами Республики Таджикистан и Положением о министерстве (Прим.26).

Министерство в области охраны здоровья населения взаимодействует с другими министерствами и ведомствами республики, по вопросам охраны здоровья населения, могут издавать межведомственные приказы, постановления, инструкции и другие решения, принимает совместные декларации.

Деятельность Минздрава поддерживается республиканскими учреждениями и главными нештатными специалистами.

Основные решения, принимаются коллегиальным органом - коллегией. В необходимых случаях проводятся совместные коллегии с другими министерствами и ведомствами. Исполнение решений коллегии является обязательным для всех подведомственных органов и учреждений.

Управления здравоохранения Хукумата области (города), на своем уровне, являясь структурным подразделением Хукумата, несут ответственность за организацией оказания и контроль медицинских услуг населению. Существует три Управления здравоохранения Хукуматов областей (ГБАО, Хатлонской и Согдийской), и 2 Управления здравоохранения Хукуматов городов (г.Душанбе, г.Куляб).

В районах системы здравоохранения управляются центральными районными больницами (ЦРБ), а в городах республиканского., областного подчинения - Центральным городскими больницами. Функции управления здравоохранением района (города) возложены на ЦРБ (ЦГБ), которая подчиняется Хукумату района (города) и Управлению здравоохранения Хукумата области, а ЦРБ (ЦГБ) районов и городов республиканского подчинениясоответствующим Хукуматам и Министерству здравоохранения.

Главный врач ЦРБ (ЦГБ) выполняет функцию главного врача района (города), в своей работе он опирается на заместителей: по медицинскому обслуживанию населения района, он же заведующий организационно-методическим кабинетом; по детству и родовспоможению; по медицинской части. Для оперативного руководства здравоохранением района создается медицинский совет.

На региональных уровнях руководители органов Управления здравоохранения назначаются и освобождаются от должности председателем соответствующего Хукумата по согласованию с, Министерством здравоохранения с последующим представлением принятого решения на утверждение Маджлиса народных депутатов. Руководители учреждений, находящихся на территории, не относящейся к коммунальной собственности, назначаются и освобождаются Министром здравоохранения по согласованию с председателем соответствующего Хукумата. На сельском уровне руководители СВА и СУБов назначаются и освобождаются от должности Главным врачом района (города) по согласованию с Джамоатом.

Кроме учреждений, входящих в структуру Минздрава, медицинские услуги оказываются медицинскими учреждениями других министерств и ведомств. В соответствии с Законом "Об охране здоровья населения" Министерство здравоохранения, наряду с учреждениями государственной системы здравоохранения, осуществляет контроль качества оказания медицинских услуг ведомственными лечебно-профилактическими учреждениями и частной системы здравоохранения.

Несмотря на ответственность Министерства здравоохранения за состояние и развитие здравоохранения по всей стране, его возможности по распределению и контролю за ресурсами ограничены до минимума: финансовые ресурсы распределяет Министерство финансов, причем строго по статьям; кадры подбирают органы местной исполнительной власти. Система управления основывается на устаревших нормативах, установленных преимущественно в советский период и требует развития.

Почти на каждом уровне управления системой здравоохранении отмечается недостаток организаторских, лидерских и профессиональных навыков. Как в Министерстве здравоохранения республики, так и в целом в системе здравоохранения, врачи представляют собой главную и практически единственную категорию специалистов, занимающих руководящие должности в сфере государственного здравоохранения и управления медицинскими службами. Большинство врачей никогда официально не обучалось принципам, концепциям и функциям управления. Обучение менеджменту ограничивалось краткосрочными курсами в ТИППМК, небольшими учебными курсами, проводимыми с участием зарубежных тренеров. Понимание "управления" ограничивается исполнением поступающих приказов и инструкций с вышестоящего уровня.

Децентрализация достигнута до определенной степени путем передачи полномочий по руководству ЛПУ на областных, городских и районных уровнях в Хукуматы, при этом, Министерство здравоохранения, наряду с разработкой политики, продолжает выполнять несвойственные ему функции по управлению службами.

В соответствии с Законом Республики Таджикистан "О разгосударствлении и приватизации государственной собственности" (1995г.), был взят курс на проведение демонополизации и приватизации. Объекты здравоохранения входят в перечень объектов, подлежащих приватизации только по решению Правительства Республики Таджикистан; не подлежат приватизации предприятия и учреждения санитарно-эпидемиологической службы (Прим.27). В настоящее время приватизация в системе здравоохранения ограничивается, в основном, фармацевтическим сектором и учреждениями восстановительного лечения. Находятся на стадии приватизации некоторые структурные подразделения "Медтехники", отвечающие за ремонт и содержание медицинского оборудования. Частные медицинские услуги не развиты, несмотря на наличие законодательства, регламентирующего право на занятие частной практикой.

Не существует механизма межсекторальной координации между различными министерствами и ведомствами, за исключением программ по здравоохранению, которые определяют обязанности разных секторов по их выполнению.

Еще не сформирован механизм привлечения населения к решению насущных проблем здравоохранения. В созданных махаллинских советах, как общественных организациях на селе, районах, городах проводится работа по мобилизации населения в решении некоторых задач здравоохранения. Однако, это носит несистематический характер и их эффективность еще незначительна. В привлечении махаллинских советов в помощь здравоохранению определенный вклад вносят и международные организации.

Предлагаемые решения

Предлагаемые решения направлены на совершенствование системы управления здравоохранением. В связи с этим необходимо:

- Совершенствование государственного управления в отрасли здравоохранения, обеспечивающего реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья;

- Разработать и внедрить механизмы новых взаимоотношений в управлении деятельностью ведомственных и относящихся к коммунальной собственности учреждений здравоохранения;

- Переориентация деятельности Министерства здравоохранения на разработку и реализацию единой государственной политики в области охраны здоровья населения и здравоохранения;

- Совершенствование законодательной базы управления сектором здравоохранения;

- Создание системы подготовки руководителей;

- Обеспечение межсекторальной координации;

- Дальнейшее развитие децентрализации;

- Поощрение развития частной системы здравоохранения;

- Обеспечение вовлечения населения в решение вопросов, касающихся здоровья и определение ответственности населения за собственное здоровье;

- Создание системы управления недвижимостью.

Приоритетные действия

- Разработка нормативно-правовой базы по реорганизации структуры Центрального аппарата Министерства здравоохранения и его региональных органов управления здравоохранением;

- Определить уровень и размеры делегирования полномочий (органам управления здравоохранением, поставщикам медицинских услуг):

- Определение и разработка порядка регулирования посредством заключения двусторонних соглашений, деятельности ведомственных и относящихся к коммунальной собственности учреждений здравоохранения;

- Разработка программ обучения менеджменту, плана поэтапного переобучения, должностных инструкций и руководств по управлению учреждениями здравоохранения для руководителей различного уровня;

- Подготовка преподавателей в области управления (менеджмента);

- Обучение руководителей всех уровней в области политика и планирования здравоохранения, экономики и финансирования, управления услугами и людскими ресурсами;

- Содействие научным разработкам в области политики здравоохранения;

- Разработка и публикация Глоссария по политике здравоохранения Республики Таджикистан;

- Создание механизма межсекторальной координации;

- Развитие нормативной базы по обеспечению межсекторальной координации;

- Создание при Правительстве Республики Таджикистан Совета по здравоохранению, включающего равноценных представителей соответствующих секторов, создание Советов по здравоохранению на областном, городском и районном уровнях при органах исполнительной власти на местах (Хукуматы);

- Продолжение практики разработки программ по здравоохранению, основанных на принципах многосекторальных действий с секторальной ответственностью;

- Разработка индикаторов, позволяющих оценивать влияние политики других секторов на здравоохранение;

- Ежегодное планирование межсекторальных действий;

- Разработка процедуры мониторинга, посредством разработки показателей проведения оценки;

- Развитие системы информационного управления и строгой подотчетности в секторе здравоохранения;

- Разработка политики для обеспечения правильного соотношения государственных и частных услуг;

- Пересмотреть условия лицензирования частной медицинской и фармацевтической деятельности;

- Развитие системы мониторинга и оценки поставщиков медицинских услуг частной системы здравоохранения;

- Разработка плана и программы развития специальных знаний и навыков, необходимых специалистам для успешного внедрения реформ;

- Подготовка группы специалистов, которые займут ведущее место во внедрении реформ, обеспечат передачу навыков другим и будут способствовать устойчивому развитию отрасли;

- Содействие участию населения в решении проблем медико-санитарной помощи путем улучшения образования и его информированности по этим проблемам, социальной мобилизации;

- Содействие повсеместной организации махаллинских советов и поощрение их к активному участию в решении проблем здравоохранения;

- Разработка механизма поощрения пациентов для создания групп поддержки пациентов с различными заболеваниями (сахарный диабет, туберкулез, алкоголизм и др.);

- Привлечение общественных и религиозных организаций, благотворительных фондов для поддержки сектора здравоохранения;

- Создание Базы данных о состоянии физической инфраструктуры учреждений здравоохранения;

- Подготовка Планов по оборудованию, управлению недвижимостью перед началом проведения ремонтно-восстановительных работ учреждений здравоохранения с точки зрения их будущих потребностей;

- Развитие политики по внедрению современных и эффективных технологий, с обоснованием окупаемости и возможностью их содержания;

- Подготовка специалистов, оказывающих поддержку сектору здравоохранения.

9. ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Существующая информационная система не удовлетворяет потребности здравоохранения. Данной системе присущи такие недостатки, как медленное функционирование, низкая экономическая эффективность, низкий уровень автоматизации, при котором требуется заполнение большого количества форм с неоднократным повторением их отдельных элементов. Информация все больше становится несвоевременной, менее надежной и недостоверной, наблюдается дублирование. Следовательно, сегодня необходимо реформировать всю информационную систему.

Анализ ситуации

Существующая информационная система главным образом основана на рутинном ручном сборе информации, представленной в формах отчетности и издании статистических данных о здравоохранении.

Организационная структура

Существуют три основные организации, связанные с информационной системой здравоохранения:

- Министерство здравоохранения Республики Таджикистан;

- Государственный комитет статистики Республики Таджикистан;

- Министерство охраны природы Республики Таджикистан;

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан имеет информационную систему, состоящую из трех уровней:

- Республиканский уровень - Республиканский Центр медицинской статистики и информации, подчиняется Министерству здравоохранения, несет ответственность за сбор информации со всех её источников в системе Министерства здравоохранения, обработку, анализ, публикацию и хранение информации о состоянии здоровья населения и здравоохранения;

- Областной (городской) уровеньОбластные (городской) Центры медицинской статистики и информации при управлениях здравоохранения Хукуматов областей (города), несут ответственность за сбор, обработку, анализ, хранение информации и представление отчетных данных Республиканскому Центру медицинской статистики и информации, публикации;

- Районный уровеньОрганизационно-методический отдел (кабинет) ЦРБ, является ответственным за сбор, обработку, подготовку информации на районном уровне.

Государственный комитет статистики Республики Таджикистан концентрирует информацию о здравоохранении, образовании, сельском хозяйстве, экономике, культуре и т.д. Два его отдела непосредственно работают с информацией, связанной со здравоохранениемотделы социальной и демографической статистики.

Министерство охраны природы Республики Таджикистан в своей структуре располагает информационным отделом, который занимается сбором, обработкой, анализом и представлением информации, касающейся гигиены окружающей среды.

Индикаторы здоровья

Для контроля за результатами работы сектора здравоохранения необходимы индикаторы, как основной продукт информационной системы, т.к. правильно отобранный индикатор является ключом к успеху управления и оценки ситуации. В настоящее время используются 214 индикаторов здоровья, не все из которых сопоставимы с международными. Министерством здравоохранения проводится работа по приведению их в соответствие с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ 10).

Основные собираемые данные и методы сбора

Основные методы сбора информации основаны на различных формах, которые разделяются на две основные группы: учетные и отчетные.

Учетные формы хранят внутриведомственную информацию, используются медицинскими учреждениями для внутренней регистрации. В настоящее время утверждено 327 учетно-регистрационных форм, которые хранятся в самих медицинских учреждениях. Из-за недостатка финансовых средств, учреждения здравоохранения не обеспечены ими в необходимом количестве.

Отчётные формы используются для сбора внутриведомственной информации. Они содержат данные различных уровней сбора информации районного, городского, областного и республиканского. В настоящее время используется 35 отчетных форм, которые представляются один раз в год, за исключением отчетов об инфекционно-паразитарных заболеваниях, иммунизации, рождаемости, младенческой и материнской смертности, которые предоставляются ежемесячно.

Процесс сбора, обработки и анализа данных на уровне лечебно-профилактических учреждений производится вручную. Не на всех уровнях имеются методология и современные технологии для приема, обработки и анализа информации.

Использование информации, обратная связь

Существующая информационная система в основном формирует медицинские статистические показатели, при ограниченной информации о важных детерминантах здоровья и материально-финансовых ресурсах, что недостаточно для принятия управленческих решений.

Кроме того, Министерство здравоохранения, располагая собственной системой статистических данных, куда входит вся клиническая информация, не располагает финансовыми данными, содержащими детальную информацию о затратах учреждений здравоохранения по всем статьям бюджета. Такими данными располагает Министерство финансов. Таким образом, эти две системы информации (клинические и финансовые) существуют раздельно и являются препятствием анализу затрат на обеспечение различных видов медицинских услуг, созданию связки между затратами и объемом потребления медицинских услуг или результатами лечения.

Публикация статистического сборника "Здоровье населения и здравоохранение в Республике Таджикистан", который выпускается Центром медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, является одним из путей обмена информацией.

Из-за недоступности транспорта, плохой коммуникации между учреждениями, данные статистики обычно запаздывают, включая годовые республиканские статистические отчеты. Одной из главных причин их задержки является недостаток оснащения системы современной информационной технологией.

Людские ресурсы для информационной системы

Основным компонентом информационной системы здравоохранения являются людские ресурсы, задействованные на всех уровнях не только для усиления существующей системы сбора, обработки и анализа данных, но и для управления с использованием информации.

Персонал медицинских учреждений и центров статистики и информации, связанный с процессом сбора, обработки и анализа данных нуждается в навыках и знаниях. Недостаточно стандартных схем или технологий, облегчающих их работу.

Большинство руководителей учреждений здравоохранения обладают ограниченными знаниями в области использования информации и нуждаются лишь в статистических данных, информацию не используют как инструмент для принятия решений. Информационная система Министерства здравоохранения располагает весьма ограниченным количеством компьютеров, испытывает нехватку технического персонала.

Таким образом, в информационной системе здравоохранения имеются серьезные проблемы, которые должны быть последовательно решены в процессе реформы отрасли.

Предлагаемые решения

Успешное осуществление реформы зависит от своевременной, точной, достоверной информации. Здравоохранению необходимо иметь четкие организационные структуры, технически компетентных специалистов в области сбора информации, а также эффективную систему, что обеспечит перемещение информации и реализацию ее на национальном, региональном и местном уровне. Это можно достичь лишь при создании эффективной, гибкой информационной системы, адекватно реагирующей на изменения, происходящие в секторе здравоохранения. С этой целью необходимо:

- Создание информационной системы, основанной на принципах политики "Достижения здоровья для всех" и высокой технологии сбора, обработки и использования данных;

- Развитие доступа к информации по вопросам здоровья населения и здравоохранения политикам, представителям медицинских и других профессий, а также населению.

Приоритетные действия

- Разработать и внедрить базу данных, включающей национальные и региональные показатели "Достижения здоровья для всех";

- Расширить пакет показателей здоровья и качества медико-санитарной помощи, ориентированных на цели и задачи "Достижения здоровья для всех";

- Создать интегрированную базу данных на основе медико-информационных систем на уровне общественного здравоохранения, включающую информацию о состоянии здоровья населения, детерминантах здоровья и медико-санитарной помощи;

- Завершить переход на МКБ 10;

- Разработать и внедрить информационно-финансовую систему здравоохранения на национальном и местном уровнях, позволяющую проводить анализ экономической эффективности затрат на обеспечение различных видов медицинских услуг и созданию связки между затратами и объемом потребления медицинских услуг или результатами лечения, а также проведению сравнения стоимости различных программ здравоохранения;

- Создать на последовательной основе Компьютеризированную информационную систему здравоохранения, обеспечивающую сбор, анализ и использование данных о здоровье населения и здравоохранении, для принятия решений на всех уровнях управления службами отрасли;

- Расширить доступ к информационным изданиям в области здоровья населения и здравоохранения для оказания поддержки функциям органов управления здравоохранения (покупателей медицинских услуг) и функциям поставщиков медицинских услуг;

- Организовать деятельность информационной сети здравоохранения на основе новых методов;

- Развивать сотрудничество с международными организациями в области совершенствования информационной базы и технологии.

10. СТРАТЕГИИ ВНЕДРЕНИЯ

В процессе внедрения данного документа необходимо ставить определенные задачи, с учетом политических, экономических аспектов и состояния кадрового потенциала. Этапы реформирования будут определяться по уровню и значимости этих задач и возможности сокращения их негативного влияния.

Внедрение реформ будет способствовать установлению и укреплению государственного и негосударственного потенциала сектора здравоохранения.

С целью обмена и изучения имеющегося опыта будет развиваться международное сотрудничество, в особенности со странами Центральной Азии.

Возможные трудности

Политические аспекты

В процессе внедрения реформ необходима обязательная поддержка со стороны политических органов власти. С целью гарантирования и достижения консенсуса среди политиков и других ответственных лиц, Министерство здравоохранения возьмет на себя ответственность за обеспечение прозрачности процесса обсуждений. Для достижения поставленных целей Министерство здравоохранения, через Национальный Совет по здравоохранению, будет обеспечивать тесное сотрудничество и заинтересованность всех соответствующих организаций. Для получения поддержки с их стороны очень важно своевременно информировать о ходе деятельности. Особенно важно отразить весь вклад, внесенный в процесс реформирования, суть внедрения и успешных достижений. Таким путем будет достигнуто проведение демократического, прозрачного процесса внедрения реформ с максимальным участием заинтересованных сторон.

Экономические аспекты

Предполагаемые изменения в системе здравоохранения потребуют значительных финансовых вложений. В условиях Таджикистана, при недостаточных ресурсах, процесс внедрения потребует принятия специфических подходов и решений. Важную роль в начале процесса внедрения реформ сыграют источники дополнительного финансирования, донорские гранты и кредиты. Экономические преобразования в секторе здравоохранения позволят перераспределить высвободившиеся дополнительные средства на приоритетные направления (ПМСП).

В течение всего процесса реформирования следует принимать во внимание достижение уровня экономики, исключение дублирования действий и нерациональное использование ресурсов.

Кадровые ресурсы

Процесс внедрения реформ будет зависеть от имеющихся знаний и навыков специалистов как уровня Министерства здравоохранения, так и других уровней системы здравоохранения. Министерству здравоохранения потребуются специалисты с определенными навыками для того, чтобы обучить руководящий состав. В программу обучения должно войти улучшение навыков управления, приобретение аналитических и технических знаний в различных сферах, таких, как экономика здравоохранения, планирование медицинских кадров, образовательные стратегии.

Специально обученные кадры очень важны в подготовительной фазе данного плана. Приобретение определенных навыков для реформирования здравоохранения не должно ограничиваться рамками Министерства здравоохранения. Другие общественные организации также должны повышать свои возможности по решению вопросов, касающихся сектора -здравоохранения. Компетентность по данным вопросам должна улучшаться не только в рамках государственного, но и негосударственного сектора с целью получения возможной поддержки с их стороны.

Таким образом, внедрение плана реформирования потребует совершенствования знаний имеющихся кадровых ресурсов, а также создания дополнительного потенциала кадров нового типа. В преодолении трудностей, связанных с возможностями кадровых ресурсов, могут важную роль сыграть профессиональный обмен между разными странами, проведение совместных обучающих программ между институтами в странах, и международное техническое сотрудничество.

Доступность информации

Политическая и общественная поддержка могут иметь место только при наличии доступной информации о проводимых изменениях в процессе внедрения реформ. Успешный мониторинг и оценка процесса реформирования будут зависеть от наличия информации.

Медико-информационная сеть в краткосрочном периоде включит действующую систему по основным индикаторам, которые могут быть использованы в процессе оценки результатов реформирования.

Этапы внедрения реформ

Внедрение реформ во всех областях системы здравоохранения будет включать ряд последовательных этапов, путем разработки краткосрочных и среднесрочных программ. В связи с тем, что этот процесс будет сталкиваться с вышеуказанными проблемами, наиболее осуществимым путем будет переходный вариант с применением пилотного метода внедрения реформ. Тем не менее, некоторые компоненты реформ будут внедрены в национальном масштабе.

Поэтапное внедрение новых систем, с апробированием в отдельных пилотных регионах потребуется для следующих компонентов: новые методы оплаты поставщикам медицинских услуг в ПМСП и на вторичном уровне, переобучение медицинского. персонала, восстановление и оснащение лечебно-профилактических учреждений.

Программы по переобучению медицинских кадров начнутся с пилотных районов, а затем станут распространяться на остальные, по мере поступления соответствующих ресурсов и возможностей. Внедрение семейных врачей и семейных медсестер в ПМСП также будет начинаться с пилотных районов, с последующим поэтапным географическим расширением, в зависимости от количества обученных.

Требуется привить определенные навыки и обеспечить соответствующую квалификацию поставщикам медицинских услуг, специалистам областных, городских, районных управлений здравоохранения, Министерства здравоохранения и Министерства финансов. Необходимо учитывать извлеченный опыт, чтобы не повторять ошибок при внедрении систем в масштабах страны. В данном процессе ведущую роль будет играть Национальный Совет по здравоохранению.

Некоторые аспекты реформы будут происходить на национальном уровне и внедряться повсеместно по стране, такие как кадровая политика, включающая медицинское образование, улучшение условий приема на работу, рационализация системы оказания медицинских услуг, совершенствование информационной системы.

Этапы обновления физической инфраструктуры и медицинского оборудования, транспорта будут определяться в зависимости от имеющихся финансовых ресурсов. При наличии денежных ресурсов, приоритет будет отдаваться медицинским учреждениям ПМСП. Первоочередное значение будет иметь обеспечение их системами водоснабжения и канализации, отопления, электроснабжения и телефонизации. Обеспечение оборудованием будет проводиться согласно перечню.

Координация процесса внедрения

Координирующая роль будет особенно решающей на стадии внедрения реформ, поскольку в этот момент предполагается активное участие многих организаций. Координационный процесс будет охватывать не только организации, входящие в сектор здравоохранения, но будет распространяться и на другие сектора, включая международные организации.

Поскольку Национальный совет по здравоохранению будет осуществлять межсекторальную координацию, Министерство здравоохранения будет обеспечивать координацию внутри сектора здравоохранения и с международными организациями. Управление планирования, координации и внедрения реформ Министерства здравоохранения будет нести ответственность за проведение процесса реформирования.

Управление планирования, координации и внедрения реформ будет отвечать за разработку соответствующей законодательной базы, регулирующей процесс внедрения. Данное управление будет координировать разработку годовых планов деятельности в области реформирования. Годовые планы будут отражать изменения экономической ситуации.

Управление планирования, координации и внедрения реформ будет иметь навыки и полномочия для регулирования и координации донорской деятельности. С целью исключения дублирования это Управление будет направлять деятельность и вклады международных организаций в приоритетные области, определенные данным планом.

Во многих случаях выбор будет диктоваться как имеющимися возможностями дополнительного финансирования, так и возможным предоставлением грантов и кредитов.

ПРИМЕЧАНИЯ:

(Прим.1) Ежегодник Республики Таджикистан, Государственный комитет статистики Республики Таджикистан, 2001г.

(Прим.2) Данные Республиканского Центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 2000 год.

(Прим.3) Исследования Проекта реформирования здравоохранения Республики Таджикистан "Сомони", 1999 год

(Прим.4) Исследования Проекта реформирования здравоохранения Таджикистана, 1998.

(Прим.5) Данные Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, 1998.

(Прим.6) Данные Республиканского Центра медицинской статистики и информации. Статистический ежегодник, Душанбе, 1992. Cтp.116

(Прим.7) Государственный комитет статистики Республики Таджикистан: положения 14, 12, 1999 год, №842; Ежегодник Республики Таджикистан, 2001г.

(Прим.8) Данные исследования Всемирного Банка, 1998г.

(Прим.9) Республиканский центр медицинской статистики и информации, 2001.

(Прим.10) Данные соответствующих центров.

(Прим.11) Форма 36 и 18. Отчет санитарно-эпидемиологической станции, 1990-2000гг.

(Прим.12) Постановление Правительства Республики Таджикистан от 10.06.1996г, №258 "О создании Государственного научного центра экспертизы, сертификации фармацевтической продукции, медицинской техники, изделий медицинского и санитарно-гигиенического назначения, продуктов лечебно-профилактического питания и косметики".

(Прим.13) Государственный Реестр лекарственных средств. Душанбе, 2001г.

(Прим.14) Исследования проекта ВОЗ "Усиление фармацевтического сектора Республики Таджикистан", 2000г.

(Прим.15) Инструкция Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 01.10.1996г. "О порядке аккредитации аптечных учреждений, аптечных предприятий и физических лиц, занятых фармацевтической деятельностью в системе лекарственного обеспечения в Республике Таджикистан".

(Прим.16) Положение Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 01.10.1996г. "О порядке получения лицензии на реализацию лекарственных средств в Республике Таджикистан".

(Прим.17) Положение Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 10.02.1997г. "О порядке получения разрешения (лицензии) на промышленное производство и реализацию производителями фармацевтической продукции, медицинской техники, изделий медицинского и санитарно-гигиенического назначения, продуктов лечебно-профилактического питания и косметики".

(Прим.18) Положение Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 27.12.1997г. "О порядке разрешения экспорта и импорта лекарственных средств в Республике Таджикистан".

(Прим.19) Постановление Правительства Республики Таджикистан от 09.11.2000г. №465 "Об утверждении Положения о порядке выдачи лицензии в сфере законного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров";

(Прим.20) Исследования проекта ВОЗ "Усиление фармацевтического сектора Республики Таджикистан", 1999г.

(Прим.21) Постановление Правительства Республики Таджикистан от 23.02.1996г. №91 "О концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан"; Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28.06.2001г. №320 "О внесении изменений и дополнений в Концепцию реформы медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан".

(Прим.22) Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 16.04.1997г. №214 "О создании Научно-экспериментального производственно-фармацевтического центра по разработке новых лекарственных препаратов на основе местного сырья при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан".

(Прим.23) Руководство по пожертвованиям фармацевтической и медицинской Продукции в Республике Таджикистан, от 10.09.1998г., Министерство здравоохранения Республики Таджикистан.

(Прим.24) Данные Душанбинского медицинского колледжа, 2000г.

(Прим.25) Источник: Государственный комитет статистики Республики Таджикистан. Письмо от 21.08 2000 №8-34; 13.12.2001г., № 10-51/357.

(Прим.26) Постановление Правительства Республики Таджикистан от 5 августа 1998 №305 "Вопросы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан" и Постановление Правительства Республики Таджикистан от 15 января 2000 года №4 "О внесении дополнений в Постановление Правительства Республики Таджикистан от 5 августа 1998г. №305 "Вопросы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан""

(Прим.27) Постановление Правительства Республики Таджикистан от 28 августа 1997г. №338 "О приватизации государственной собственности".