



**USAID**  
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

**СТРАНЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

АНАТОМИЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

# 20-ЛЕТНЕЕ НАСЛЕДИЕ USAID

В УКРЕПЛЕНИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



Проект USAID «Качественное здравоохранение» - это пятилетняя программа, направленная на улучшение здоровья жителей Центральной Азии путем укрепления систем и услуг здравоохранения, в частности, в таких направлениях, как уход за больными и профилактика ВИЧ/СПИДа и туберкулеза. Проект помогает властям и сообществам решать проблемы уязвимых групп населения, расширять использование медицинских услуг и повышать эффективность здравоохранения. Проект «Качественное здравоохранение» относится к третьей задаче USAID – инвестированию в людей в рамках Стратегической программы США по международной помощи.

**Рекомендуемый источник:** «Наследие USAID в укреплении систем здравоохранения в Центральной Азии: 1994-2015 годы», август 2015 г., г. Бетезда (штат Мэриленд). Проект «Качественное здравоохранение» в республиках Центральной Азии, Abt Associates Inc.

**Информация о контракте:** Проект «Качественное здравоохранение» финансируется Агентством США по международному развитию в соответствии с договором № AID-176-C-10-00001 с сентября 2010 г. Проект «Качественное здравоохранение» реализуют Abt Associates Inc. и его субподрядчики – Группа по управлению проектами по борьбе со СПИДом (AIDS Projects Management Group – APMG), «Проект ХОУП» (Project HOPE), Институт научных технологий и языка (STLI) и «Социум Консалт».

**Представлено:** Бюро по здравоохранению и образованию Региональной миссии USAID в Центральной Азии  
Алматы, Казахстан  
<http://www.usaid.gov/central-asia-regional>

**Миссия USAID:** мы сотрудничаем в целях искоренения крайней бедности, продвижения устойчивых и демократических обществ, и в то же время укрепляем вопросы нашей безопасности и процветания во всем мире. Для дополнительной информации о проектах, реализуемых в Центральной Азии, посетите наш сайт [www.usaid.gov/central-asia-regional](http://www.usaid.gov/central-asia-regional)

### **Ограничение Ответственности**

Точка зрения автора, высказанная в данной публикации, не обязательно отражает взгляды Агентства США по международному развитию и правительства Соединенных Штатов Америки.

АНАТОМИЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

---

# 20-ЛЕТНЕЕ НАСЛЕДИЕ USAID

В УКРЕПЛЕНИИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

## 1994–2015

АВГУСТ 2015 г.

Отчет подготовлен для рассмотрения Агентству США по международному развитию. Подготовлен проектом «Качественное здравоохранение» в Центральной Азии.



# СОДЕРЖАНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ.....	4
БЛАГОДАРНОСТЬ.....	5
АННОТАЦИЯ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	10
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: КАЗАХСТАН.....	15
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА.....	17
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: ТАДЖИКИСТАН.....	19
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: ТУРКМЕНИСТАН.....	21
ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: УЗБЕКИСТАН.....	23
СОЗДАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	24
ФИНАНСИРОВАНИЕ И РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	27
ИНТЕГРИРОВАНИЕ УСЛУГ.....	35
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДАННЫХ.....	37
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ И ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....	39
УЛУЧШЕННАЯ ДИАГНОСТИКА.....	43
ЗАБОТА О САМЫХ МАЛЕНЬКИХ.....	45
ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СТАНОВИТСЯ БЛИЖЕ К ДОМУ.....	50
УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ.....	53
БОЛЕЕ БЫСТРОЕ И ПРОСТОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ.....	57
НИЧЕГО ДЛЯ НАС БЕЗ НАС.....	57
БЕЗОПАСНЫЕ, ЭФФЕКТИВНЫЕ И ДОСТУПНЫЕ ЛЕКАРСТВА.....	59
РАЗВИТИЕ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА.....	63
РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ.....	65
ВЫВОДЫ И УСВОЕННЫЕ УРОКИ.....	72



## СОКРАЩЕНИЯ

<b>CDC</b>	Центры по контролю и профилактике заболеваний
<b>DOTS</b>	Краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением
<b>GTZ</b>	Германское общество по техническому сотрудничеству
<b>ICAP</b>	Международный центр программ по уходу и лечению СПИДа
<b>UNAIDS</b>	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
<b>UNFPA</b>	Фонд народонаселения
<b>UNODC</b>	Управление ООН по борьбе с наркоманией и преступностью
<b>USAID</b>	Агентство США по международному развитию
<b>ВВП</b>	Внутренний валовый продукт
<b>ВОЗ</b>	Всемирная организация здравоохранения
<b>Глобальный фонд</b>	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом малярией
<b>ИВБДВ</b>	Интегрированное ведение болезней детского возраста
<b>МЛУ-ТБ</b>	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
<b>НПК</b>	Непрерывное повышение качества
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>ОНС</b>	Общественный наблюдательный совет
<b>ПРООН</b>	Программа развития ООН
<b>СЭС</b>	Санитарно-эпидемиологическая служба
<b>ТБ</b>	Туберкулез
<b>ЮНИСЕФ</b>	Детский фонд ООН

# БЛАГОДАРНОСТЬ

USAID и Abt Associates благодарят правительства Кыргызской Республики, Республики Казахстан, Республики Таджикистан, Республики Узбекистан и Туркменистана за их более чем 20-летнее партнерство и сотрудничество в изменении и совершенствовании системы здравоохранения.

Мы также хотели бы поблагодарить наших партнеров из неправительственного сектора – тех, кто укрепляет гражданское общество по всей Центральной Азии, помогает делать политику и практику в сфере здравоохранения более актуальными и расширяет свое влияние.

Abt Associates, будучи главным исполнителем серии проектов USAID по укреплению систем здравоохранения, о которых говорится в данном документе, не смог бы оказывать масштабное техническое содействие без поддержки Американского международного союза здравоохранения, Американской экспортной группы производителей, Группы по управлению проектами по борьбе со СПИДом, Центра международного здравоохранения и развития Школы общественного здравоохранения Бостонского университета, CitiHope International, Development Associates, Inc., E. Petrich and Associates, Международного корпуса административных служб, Института устойчивых сообществ, John Snow Inc., Медицинской школы Морхаус, «Проект ХОУП», Quality Healthcare Resources, Inc., Института научных технологий и языка, «Социум Консалта», Группы учебных ресурсов и Вермонтского института страхования при колледже Шамплейн.

Кроме этого, хотелось бы сказать спасибо многочисленным сотрудникам USAID и реализующих партнеров за поддержку наших национальных партнеров в их работе.

За последние два десятка лет многие люди – врачи, медсестры, фармацевты, специалисты по экономике здравоохранения, руководители неправительственных организаций (НПО), представители сообществ, пациенты, разработчики стратегий и другие – посвятили свою жизнь обеспечению устойчивого улучшения здоровья в своих странах. Хотя было бы проще идти привычным путем, многие настойчиво работали над внедрением новых методов, чтобы достичь наибольших результатов в улучшении показателей здоровья, несмотря на крайне ограниченные ресурсы. Многие жертвовали своими вечерами и выходными, продвигаясь по пути преодоления многочисленных трудностей и работая ради лучшего будущего населения Центральной Азии.

Успехи и достижения, задокументированные в данном отчете, – это результат продолжительного совместного труда многих преданных своему делу профессионалов, чья работа часто оставалась невидимой или неотмеченной. Данный документ – один из способов отметить их усердие и приверженность.

## ОГРАНИЧЕНИЯ

Учитывая масштаб и сложность поддержки, оказываемой USAID укреплению системы здравоохранения в пяти разных странах Центральной Азии последние 20 лет, данный документ не охватывает всю деятельность и мероприятия в полной мере.

Авторы попытались установить баланс примеров помощи и достижений в технических областях и в разных странах. В документе рассказывается только о работе, выполненной в рамках проектов, которые реализовывал Abt Associates в регионе. Вся другая работа, которая осталась за рамками отчета, не менее ценна для USAID, Abt и, что еще важнее, граждан стран, получивших помощь.

# 20 ЛЕТ РАБОТЫ USAID ПО УКРЕПЛЕНИЮ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



## УЗБЕКИСТАН: СНИЖЕНИЕ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ



Источник: Обсерватория глобального здравоохранения Всемирной организации здравоохранения



## ТУРКМЕНИСТАН: СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА 65%



Источник: Статистика ВОЗ

## АННОТАЦИЯ

20 лет назад USAID пришел в Центральную Азию, чтобы помочь новым независимым государствам укрепить их системы здравоохранения. В то время перед Казахстаном, Кыргызстаном, Таджикистаном, Туркменистаном и Узбекистаном стояла грандиозная задача – справиться с реалиями постсоветского пространства в условиях резкого прекращения финансовой и административной поддержки из Москвы. Пять стран должны были радикально изменить не только структуры своих систем, но и само понимание охраны здоровья. USAID выступил катализатором в этом процессе положительной трансформации. Организации, процессы и граждане в Центральной Азии получили такое развитие, какое трудно было представить еще в 1994 году. Эти изменения привели к улучшению показателей здоровья во всем регионе. К примеру, стремительно снизились показатели материнской и младенческой смертности, которые часто рассматриваются как барометр здоровья нации.

USAID и его партнеры помогли создать сильный сектор первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Благодаря этому сегодня у больных есть возможность обращаться к квалифицированным врачам, медсестрам, работникам общественного здравоохранения,

которые могут проводить профилактические мероприятия и лечить те или иные состояния, не доводя их до обострения. Помогая создавать новые образовательные учреждения и готовить тренеров по семейной медицине, USAID повышает квалификацию врачей и медсестер – тех, к кому в первую очередь обращаются люди. До того, как USAID начал оказывать помощь, дела обстояли так, что с болезнью могли справиться только специалисты и медицинские организации. Сегодня больные, врачи и управленцы видят, насколько выгодно лечение на уровне ПМСП. Благодаря этим переменам пациентам не обязательно лежать в больнице, вместо этого они могут жить более здоровой и продуктивной жизнью.

Благодаря содействию USAID и других доноров доказательная медицина теперь служит основой медицинской практики. Органы здравоохранения могут пользоваться данными при принятии решений и реализации политики и наиболее эффективной практики на благо пациентов.

В результате значительно повышается результативность лечения. У меньшего числа детей наблюдается отставание в развитии или недоедание. Еще больше матерей успешно переносят беременность и роды. Больше людей с инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез и ВИЧ, получают необходимые им лекарства и лечение. Консультации по

планированию семьи и сопутствующая продукция дает семейным парам возможность принимать решения относительно рождения ребенка в подходящие им сроки. Пациенты с хроническими заболеваниями больше узнают о том, как справляться со своими заболеваниями. Все эти преимущества – результат 20 лет настойчивого труда представителей правительства, работников здравоохранения, пациентов и всех граждан.

При поддержке национальных и международных партнеров USAID также работал над расширением участия самого населения в охране своего здоровья. Оказывая содействие сельским комитетам здоровья, группам поддержки больных и местным некоммерческим организациям, USAID помог изменить способ взаимодействия властей со своими гражданами в Центральной Азии. Теперь люди могут продвигать свои права и интересы в государственной системе здравоохранения. Даже у тех, кто изолирован либо географически, либо в силу социальных предрассудков, улучшился доступ к качественному медицинскому обслуживанию. Кроме того, группы здоровья помогли проложить путь к созданию организаций гражданского общества и теперь отстаивают интересы простого народа в комитетах законодательной власти.

Одной из ключевых установок подхода USAID является тесное сотрудничество с местными

партнерами для осуществления изменений. Деятельность USAID укрепляла систему здравоохранения и одновременно напрямую способствовала повышению эффективности охраны здоровья. Коренные изменения, произошедшие за последние 20 лет, будут продолжаться, поскольку осуществлялись непосредственно гражданами своих стран и предусматривали повышение потенциала управленцев и медработников и предоставление гражданам возможности требовать от правительства ответственности за качественное медицинское обслуживание. С 1994 года выросла доля бюджета здравоохранения, выделяемая на первичную медико-санитарную помощь и приоритетные вопросы здравоохранения; учреждения стали эффективно выполнять свои роли и функции; нормативные документы и клинические руководства были систематизированы и внедрены в практику; даже правительства стран стали применять инновации, что невозможно было представить в Центральной Азии еще несколько лет назад, к примеру, прямое государственное финансирование услуг НПО, чья деятельность связана с борьбой с ВИЧ.

Во всех этих улучшениях есть и заслуга USAID. В данном документе представлены лишь некоторые истории, иллюстрирующие положительные изменения, которые были реализованы для улучшения здоровья людей в регионе.

## ОСНОВАТЕЛЬНЫЕ УЛУЧШЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ



**КАЗАХСТАН:**

**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ НА 70%**



Источник: Статистика ВОЗ



**КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА:**

**НАСЕЛЕНИЕ, ОХВАЧЕННОЕ БАЗОВЫМ ПАКЕТОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**



**ТАДЖИКИСТАН:**

**СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ НА 68%**



Источник: База данных «Европейское здравоохранение для всех»

“ПОДХОД ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ – ЭТО НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ, СПРАВЕДЛИВЫЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИ ВЫГОДНЫЙ СПОСОБ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОН ПОМОГАЕТ ПРЕДУПРЕЖДАТЬ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ БРЕМЕНИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, А ТАКЖЕ СОКРАЩАТЬ ПОТОК БОЛЬНЫХ С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ЖАЛОБАМИ В ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНИЦ. ДЕСЯТИЛЕТИЯ ОПЫТА ПОДСКАЗЫВАЮТ НАМ, ЧТО ПЕРВИЧНЫЙ УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДАЕТ ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ МЕНЬШИХ ЗАТРАТАХ И БОЛЬШЕЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ.”

Из выступления генерального директора Всемирной организации здравоохранения доктора Маргарет Чан в Алматы (Казахстан) в 2008 году.



## ВВЕДЕНИЕ

За последние годы эффективность здравоохранения в странах Центральной Азии значительно повысилась. Материнство стало безопаснее, в то время как материнская смертность снизилась. Системы здравоохранения в регионе прилагают усилия для остановки роста эпидемий таких заболеваний, как ВИЧ и туберкулез. Улучшилось питание детей. Лучше стало ведение сердечно-сосудистых заболеваний.

USAID сыграл важную роль в оказании государствам Центральной Азии помощи в укреплении систем здравоохранения для предоставления эффективных, доступных и качественных услуг своему населению.

В течение прошедших 20 лет USAID тесно сотрудничал с другими многосторонними и двухсторонними донорами, такими как Всемирный банк, Всемирная организация здравоохранения, организации ООН, агентства по международному развитию правительств Германии, Швейцарии, Великобритании. В Кыргызстане, а затем и в Таджикистане такое сотрудничество официально осуществлялось через межсекторальный подход, предполагающий совместную разработку стратегии и планирования всей технической помощи в секторе здравоохранения. Этот общий подход к развитию помогает Казахстану, Кыргызстану, Таджикистану, Туркменистану и Узбекистану реорганизовывать свои системы здравоохранения и финансирующие структуры, повышая при этом качество медицинского обслуживания.

Поэтапная стратегическая реализация лежала в основе подхода, который применял USAID в своей работе в регионе. Новые приемы, основанные на рекомендациях ВОЗ и доказательствах, были впервые апробированы в ограниченных географических регионах при поддержке местных партнеров, а затем – оценены, адаптированы, обсуждены с национальными партнерами, введены в законодательную и нормативную систему стран, и

1990–2013



## СНИЖЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ



Источник: Обсерватория глобального здравоохранения Всемирной организации здравоохранения

далее применены на большей территории. Такой подход помог обеспечить участие местных специалистов и их вклад в работу. Как итог – улучшения, поддержанные USAID, стали частью местной системы и не исчезнут после прекращения финансовой помощи.

Истории, которые следуют далее, описывают примеры улучшений в здравоохранении, осуществленных национальными партнерами отчасти благодаря целенаправленной и непрерывной технической помощи USAID.

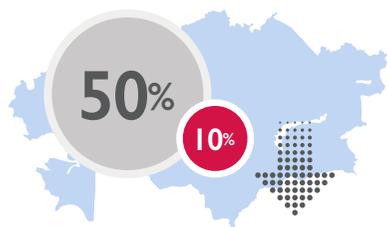
1998–2013



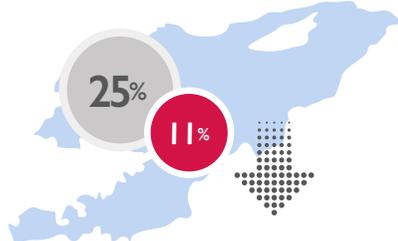
## СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА



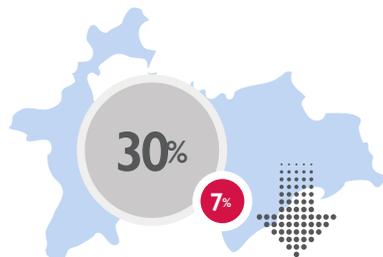
КАЗАХСТАН



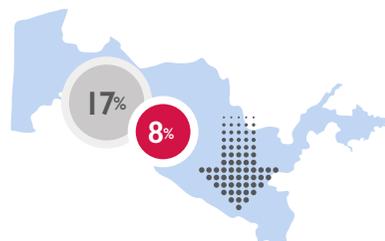
КЫРГЫЗСКАЯ  
РЕСПУБЛИКА



ТАДЖИКИСТАН



УЗБЕКИСТАН



Источник: <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>

USAID поддерживал изменения через ряд комплексных и интегрированных мероприятий. К таковым относятся проекты Abt Associates, такие как «Здрав Реформ» и «Качественное здравоохранение» и многие другие проекты, реализованные другими организациями. В данном документе отдельно рассказывается о процессе и воздействии сотрудничества USAID с Abt Associates, с указанием, как именно USAID играл центральную роль в повышении качества обслуживания, расширении доступа к услугам и предоставлении новых возможностей пациентам в прошедшие два десятилетия.

## ХРОНОЛОГИЯ: ПРОЕКТЫ USAID В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

- **1991** – распад Советского Союза; страны Центральной Азии обретают независимость.
- **1992** – USAID открывает представительство в Центральной Азии – в Алматы (Казахстан).
- **1994** - Abt Associates проводит исследования и консультационные работы в России и Центральной Азии в рамках глобального проекта USAID «Финансирование и устойчивость здравоохранения».
- **Конец 1994 г. – 2000 г.** – Abt реализует проект USAID «Здрав реформ». Изначально сосредоточенный на России, Украине, Казахстане и Кыргызстане, к 2000 он был перенаправлен только на Центральную Азию, включая малые программы, осуществляемые в Узбекистане и Туркменистане. Упор делается на укрепление систем здравоохранения, включая развитие первичного уровня медобслуживания и работу по повышению качества услуг первичного уровня. Отдельное направление в обслуживании – улучшение здоровья матери и ребенка.
- **2000–2005** – Abt реализует проект USAID «ЗдравПлюс», опираясь на достижения проекта «Здрав реформ». Охват стран расширен и включает теперь Таджикистан.
- **2005-2009** – Abt реализует проект USAID «ЗдравПлюс II» в Казахстане, опираясь на достижения предыдущих проектов «Здрав». Проект охватывает все пять стран Центральной Азии.
- **2010-2015** – Abt реализует проект «Качественное здравоохранение». Проект в целом направлен на отдельные направления здравоохранения – ВИЧ, туберкулез, здоровье матери и ребенка, планирование семьи, репродуктивное здоровье, другие угрозы общественному здравоохранению. Проект охватывает все пять стран Центральной Азии.



# ПОЭТАПНАЯ СТРАТЕГИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ



**ПОЭТАПНАЯ, ОСНОВАННАЯ НА СТРАТЕГИИ РЕАЛИЗАЦИЯ** лежит в основе подхода, применяемого USAID в регионе. При поддержке местных партнеров новые подходы, основанные на рекомендациях ВОЗ и научных данных, были впервые апробированы на ограниченной территории.

**РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ В ПИЛОТНЫХ ОБЪЕКТАХ, ПОЗВОЛИЛИ ПРОДЕМОНСТРИРОВАТЬ** надежность новых подходов тем, кто принимает решения на государственном уровне. На основе этих результатов были внесены корректировки и уточнения при подготовке к расширению, а также представлены научные доказательства, необходимые для изменения политики. Такой подход помог обеспечить вклад в работу со стороны местных сообществ. В итоге улучшения, поддержанные USAID, стали частью национальных систем и сохраняются после окончания финансовой помощи.

При содействии USAID по всему региону было принято и используется более 700 стандартных протоколов и руководств.



# ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: КАЗАХСТАН



## ГЛАВНЫЕ ФАКТЫ О КАЗАХСТАНЕ



**НАСЕЛЕНИЕ** (2013 г.) – **17 037 500**



**47%** населения страны **ПРОЖИВАЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ** (2013 г.)



**ВВП** на душу населения (2013 г.) – **\$4 738**



Процент населения, **ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ЧЕРТОЙ БЕДНОСТИ** (2011 г.) – **5%**



**НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ** 0–14 лет – **24%** (2010 г.)



**ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** (2013 г.)

**73** года у женщин и **63** – у мужчин

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Казахстан – крупнейшая в мире страна, не имеющая выхода к морю. Он получил большую выгоду от своих естественных запасов газа и нефти и теперь считается страной с доходом выше среднего по оценке Всемирного банка. Все годы независимости президентом Казахстана был один и тот же человек. Правительство относительно открыто для контактов с другими странами, поддерживает экономический рост, улучшения в государственном секторе и открыто для иностранной технической помощи. В первые годы работы USAID в регионе в Казахстане происходили радикальные перемены в структуре управления, включая переезд столицы из Алматы в Астану, слияние некоторых областей и министерств, децентрализацию власти с передачей полномочий от центрального правительства региональным властям. Однако позднее политическая среда в стране значительно стабилизировалась. По мере увеличения благосостояния правительство стало брать на себя все больше ответственности за поддержку здравоохранения.

## ДОСТИЖЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ**



Источник: Статистика ВОЗ



**СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ**



Источник: база данных «Европейское здравоохранение для всех»



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВИЧ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**



Источник: Статистика ВОЗ



# ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА



## ГЛАВНЫЕ ФАКТЫ О КЫРГЫЗСТАНЕ



**НАСЕЛЕНИЕ** (2013 г.) — **5 719 500**



**65%** населения страны **ПРОЖИВАЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ** (2013 г.)



**ВВП** на душу населения (2013 г.) — **\$603**



Процент населения, **ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ЧЕРТОЙ БЕДНОСТИ** (2011 г.) — **34%**



**НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ** 0–14 лет — **30%** (2010 г.)



**ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** (2013 г.)

**73** года у женщин и **66** — у мужчин

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Кыргызстан считается самой демократичной республикой в Центральной Азии. С момента обретения независимости страна переживает периодическую смену действующей власти, изменения в управлении, межэтнические конфликты.

Как и во многих других странах Центральной Азии, в Кыргызстане после обретения им независимости серьезно снизилось качество медицинского обслуживания. Однако республика отреагировала быстро и решительно, чтобы обратить процесс вспять. Возможно, будучи изначально более бедным государством по сравнению с Казахстаном и Туркменистаном, Кыргызстан стал раньше всех проводить масштабные реформы, включая реструктуризацию рынка и систему здравоохранения. Тем не менее, республика сталкивается с серьезными угрозами для здоровья населения, среди которых — высокая заболеваемость туберкулезом и распространение ВИЧ/СПИДа.

## ДОСТИЖЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ



**ПОЛНОЕ ВНЕДРЕНИЕ** системы оплаты по пролеченному случаю, финансирование из единого источника, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, включающий лекарства для амбулаторных больных. **РЕФОРМЫ** к настоящему времени **ОХВАТИЛИ 100% НАСЕЛЕНИЯ**.

Источник: данные Министерства здравоохранения



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ**



Источник: Статистика ВОЗ



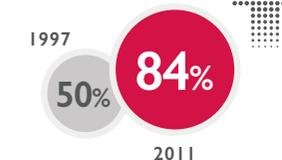
**СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ**



Источник: база данных «Европейское здравоохранение для всех»



**РОСТ УСПЕШНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НОВЫХ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА**



Источник: Статистика ВОЗ



# ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: ТАДЖИКИСТАН



## ГЛАВНЫЕ ФАКТЫ О ТАДЖИКИСТАНЕ



**НАСЕЛЕНИЕ** (2013 г.) 5 240 100 **8 208 000**



**73%** населения страны **ПРОЖИВАЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ** (2013 г.)



**ВВП** на душу населения (2013 г.) – **\$477**



Процент населения, **ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ЧЕРТОЙ БЕДНОСТИ** (2013 г.) – **36%**



**НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 0–14 лет** – **36%** (2010 г.)



**ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** (2013 г.)

**70** лет у женщин и **68** – у мужчин

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Таджикистан – одно из наименее доступных мест в мире, более 90% его территории покрыто горами. Эта страна, не имеющая выхода к морю, также страдает из-за неразвитой инфраструктуры и крайней нищеты. После обретения независимости Таджикистан пережил гражданскую войну, которая длилась с 1992 по 1997 год. В ней погибло примерно 50 тыс. человек, более 10% населения стали вынужденными переселенцами. Ущерб от войны составил 7 млрд долларов, убытки – более 50% ВВП, что затормозило развитие и экономический рост. За это время из страны уехало много работников здравоохранения и специалистов-медиков, лишив ее основной части специальных знаний в этой сфере. Когда в 2000 году USAID начал работать в Таджикистане, страна еще оправлялась от гражданской войны, ее система здравоохранения начала рушиться. С конца 1990-х в стране сохраняется политическая стабильность, не сменяется президент, улучшается экономический рост, устойчиво реализуется реформа здравоохранения. Самая бедная из бывших советских республик Таджикистан остается единственной страной в Центральной Азии с низким доходом, согласно классификации Всемирного банка. Возможно, отчасти из-за того, что система была так близка к краху в силу политических и экономических причин, Таджикистан очень открыт для новых подходов и улучшений в системе здравоохранения и осуществляет положительные изменения, которые приводят к существенному повышению эффективности системы.

## ДОСТИЖЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ**



Источник: Статистика ВОЗ



**СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ**



Источник: база данных «Европейское здравоохранение для всех»



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВИЧ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ**



Источник: Статистика ВОЗ



**В 70% МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ ПРОВОДЯТСЯ ЗАНЯТИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К РОДАМ**

Источник: проектные данные



# ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: ТУРКМЕНИСТАН



## ГЛАВНЫЕ ФАКТЫ О ТУРКМЕНИСТАНЕ



**НАСЕЛЕНИЕ** (2013 г.) – **5 240 100**



**51%** населения страны **ПРОЖИВАЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ** (2013 г.)



**ВНП** на душу населения (2006 г.) – **\$1 767**



Процент населения, **ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ЧЕРТОЙ БЕДНОСТИ** (2004 г.) – **30%**



**НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ** 0–14 лет – **39%** (2010 г.)



**ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** (2013 г.)

**68** лет у женщин и **60** – у мужчин

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

После обретения Туркменистаном независимости страна держалась в изоляции от внешнего влияния, с небольшим числом организаций гражданского общества и в условиях строго контролируемой экономики. Как и в других странах региона, в Туркменистане после распада Советского Союза существенно снизилось качество услуг здравоохранения. С тех пор эффективность здравоохранения повышается за счет усилий правительства, международных доноров, а также экономического роста, ставшего возможным благодаря залежам газа и нефти. Всемирный банк теперь относит Туркменистан к странам с доходом выше среднего.

Хотя страна не восприимчива к обширным преобразованиям в области здравоохранения, правительство быстро внедряет технологические решения, такие как информационные системы здравоохранения. Кроме того, начиная с 2007 года правительство расширило применение всемирно признанной систему DOTS для лечения туберкулеза по всей стране, а с 2014 года включил в этот курс лечение туберкулеза со множественной лекарственной устойчивостью. Медицинские организации активно привлекаются к просвещению населения в основных вопросах охраны здоровья. Хотя, по заявлениям властей, в стране нет официально зарегистрированных случаев ВИЧ, в ней разработаны клинические протоколы для тестирования и лечения ВИЧ в соответствии с международными стандартами ВОЗ.

## ДОСТИЖЕНИЯ В ТУРКМЕНИСТАНЕ



**СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ  
СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ**

1994

90

55

2013



НА 1 000  
ЖИВОРОЖДЕННЫХ

Источник: Статистика ВОЗ



**СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА  
АБОРТОВ**

1994

238

116

2012



НА 1 000  
ЖИВОРОЖДЕННЫХ

Источник: база данных «Европейское  
здравоохранение для всех»



**СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

2002

206

72

2013



НА 100 000  
НАСЕЛЕНИЯ

Источник: Статистика ВОЗ



# ИНФОРМАЦИЯ О СТРАНЕ: УЗБЕКИСТАН



## ГЛАВНЫЕ ФАКТЫ ОБ УЗБЕКИСТАНЕ



**НАСЕЛЕНИЕ** (2013 г.) – **30 241 100**



**64%** населения страны **ПРОЖИВАЕТ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ** (2013 г.)



**ВВП** на душу населения (2013 г.) – **\$921**



Процент населения, **ПРОЖИВАЮЩЕГО ЗА ЧЕРТОЙ БЕДНОСТИ** (2011 г.) – **17%**



**НАСЕЛЕНИЕ В ВОЗРАСТЕ 0–14 лет** (2010 г.) – **21%**



**ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ** (2013 г.)

**72** года у женщин и **67** – у мужчин

## ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Узбекистан – страна с самым большим населением в Центральной Азии. С 1990 года ею руководит президент Ислам Каримов. Она обладает значительными запасами полезных ископаемых и нефти, но, поскольку президент склонен сохранять многие черты командной экономики, иностранные инвестиции и экономическое развитие в стране ограничены. В первые десять лет независимости республика сделала большие шаги в направлении укрепления здравоохранения за счет переподготовки медработников. После периода большей открытости для международной технической помощи в 1990-х правительство ужесточило контроль в 2000-х, закрыв большинство своих международных проектов. Сектор НПО ограничен, но сеть традиционных организаций – махалля- распространяют информацию в – жилых кварталах.

## ДОСТИЖЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ



### РЕФОРМЫ В ОБЛАСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ И УПРАВЛЕНИЯ

на селе охватили 3 090 организаций первичной медицинской помощи и **ПРИМЕРНО 16 МЛН ЧЕЛОВЕК** – больше половины населения республики.

Источник: данные Министерства здравоохранения



### СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ



Источник: база данных Healthstats Всемирного банка



### СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ



Источник: Статистика ВОЗ

### СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ВИЧ-ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ



Источник: Статистика ВОЗ

# СОЗДАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Как может государство обеспечить свое население качественным здравоохранением, когда финансирование этой сферы падает с 6% до 2% внутреннего валового продукта (ВВП) и, что еще хуже, ВВП сокращается почти на 90%?

С развалом Советского Союза его бывшие республики оказались в ситуации сокрушительного сокращения расходов на здравоохранение на 97%.

Здравоохранение, с и без того низкими показателями, оказалось на грани полного краха.

Только международное вмешательство, способное сохранить преимущества советской системы всеобщего охвата населения, исправляя при этом существенные недостатки системы, смогло уберечь эти народы от падения в бездну, которую представляла тогда ситуация с охраной здоровья.

Системам здравоохранения, ни много, ни мало, требовалась трансформация. Неэффективные и громоздкие государственные структуры усугубляли проблему финансирования сферы здравоохранения. Дорогостоящая медицинская помощь, предоставляемая больницами и узкими амбулаторными специалистами, оставалась, как и ранее, в приоритете, в то время как первичной медико-санитарной помощью

практически полностью пренебрегали. Работники ПМСП старались направлять больных узким специалистам или в больницы практически при любом состоянии – серьезном или нетяжком. И это неудивительно: первичная медико-санитарная помощь получала всего лишь около 25% всех ресурсов здравоохранения. Часто ей не хватало простых антибиотиков или медицинской техники. Чрезмерная зависимость от узких специалистов и госпитализации создала затратную и неэффективную систему, которая крайне нуждалась в оптимизации и реструктурировании. Нужно было перевернуть пирамиду, чтобы сделать упор на более эффективную, в том числе экономически, первичную медико-санитарную помощь, и особенно на профилактику, лечение заболеваний на ранней стадии их развития, непрерывный уход при хронических состояниях, как указано на рисунке на странице 25.

В 1994 году USAID и его партнеры начали работать над созданием сильной системы первичной медико-санитарной помощи для улучшения профилактического обслуживания, лечения наиболее часто встречающихся заболеваний и работы с хроническими больными. USAID работал с национальными партнерами во всех пяти странах над усилением потенциала медицинских организаций и

развития семейной медицины в качестве основы системы здравоохранения. Доля бюджета, выделяемая на ПМСП в каждой стране, выросла в среднем на 31% по региону в период с 2005 по 2009 год. Это указывает на более высокую эффективность распределения ресурсов для систем здравоохранения, поскольку предупредить болезнь дешевле, чем лечить, а лечение на уровне первичной медико-санитарной помощи дешевле, чем в больнице.

Когда правительства начали осуществлять эти изменения и закреплять их на институциональном уровне, эффективность медицинского обслуживания стала повышаться, в то время как расходы снижались. Сейчас врачи ПМСП могут вести состояния, которые чаще всего встречаются на амбулаторном уровне, не допуская ухудшения таких состояний. Они значительно реже направляют больных к дорогостоящим узким специалистам. Одним из индикаторов этих улучшений является снижение количества экстренных вызовов и случаев госпитализации. К примеру, в Кыргызстане количество экстренных вызовов на 100 больных астмой упало с 53 в 2005 году до 34 в 2013-м. Во всем регионе больные ощущают пользу от развития этой новой ориентированной на пациента первичной медико-санитарной помощи.

## СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ



ИЗБЫТОЧНАЯ МОЩНОСТЬ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ



МЕНЬШАЯ ПО МАСШТАБАМ, НО БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ  
СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ  
Намного больше больных обслуживаются на первичном уровне

### РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ И СОКРАЩЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Ресурсы нужно было перевести из стационарной, больничной системы на уровень ПМСП. В то же время медицинское обслуживание на уровне ПМСП нужно было расширить, чтобы оказывать больше услуг и обслуживать больше больных. В новой модели сектор первичной медико-санитарной помощи больше больничного. Но, поскольку первичная медико-санитарная помощь более дешевая и эффективная, она потребляет меньше ресурсов и позволяет экономить средства для системы.

Дополнительная информация – в Концептуальных основах для модели реформы здравоохранения в Центральной Азии: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnack456.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnack456.pdf).



## СОЗДАНИЕ НОВОЙ СИСТЕМЫ В ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ

Я работала кардиологом, когда узнала, что Министерство здравоохранения Кыргызской Республики объявило набор в группу при министерстве для работы с экспертами организаций-доноров над преобразованием системы здравоохранения. Тогда было не самое лучшее время для работы кардиологом. Не хватало медикаментов и материалов, и часто я не могла помочь своим больным, даже если знала, что им было нужно. Зачастую мне приходилось говорить им, что они должны сами себе покупать необходимые лекарства. По закону эти медикаменты должны были предоставляться бесплатно, но в начале 1990-х бюджет нашей страны был не в лучшей форме. Я понимала, что нужно что-то делать, чтобы спасти систему от полного развала, и я подала в министерство заявку на прием в команду.

Остальное, как говорится, - история. В 1994 году я попала в группу, которая разрабатывала, а затем реализовывала нашу первую национальную стратегию по реформе здравоохранения «Манас». Меня отправили за рубеж изучать экономику здравоохранения. Помню, как меня спросили: «Если бы у вас была ограниченная сумма денег, которой хватило бы или на диализ для двух больных, или на вакцинацию 1 000 здоровых детей, что бы вы сделали?»

Тогда я была полностью врачом-практиком и никогда не задумывалась над проблемами здравоохранения под таким углом. Сам вопрос мне показался ужасным, мне казалось неправильным даже спрашивать такое. Тем не менее, вскоре я поняла, что наша работа заключалась в том, чтобы стараться оптимально распределять имеющиеся ресурсы и минимизировать возможность возникновения таких выборов, обеспечивая наилучшим базовым пакетом медицинских услуг все наше население.

В рамках работы группы «Манас» закрывали некоторые больницы и объединяли другие, строя первичный уровень медицинского обслуживания. Вскоре благодаря моей совместной работе с экспертами из группы «Манас» от USAID и других доноров я что-то узнала об экономике и системах здравоохранения. Я стала первым директором Фонда обязательного медицинского страхования. У меня был очень насыщенный год работы с нашей командой, когда мы создавали национальную систему страхования, чтобы обеспечить население базовым пакетом медицинских услуг и лекарственных средств. Новая государственная система медицинского страхования была запущена в июне 1997 года. С тех пор фонд медицинского страхования служит одной из главных опор, поддерживающих функционирование системы здравоохранения нашей страны и обеспечивающих доступ к медицинскому обслуживанию для народа Кыргызской Республики.

Хотела бы отметить, что проект USAID «ЗдравРеформ», реализованный Abt Associates, играл ключевую роль в создании системы единого плательщика и гарантированного набора медицинских услуг для населения. Проект «ЗдравРеформ» поддержал развитие Фонда обязательного медицинского страхования в качестве институциональной структуры.

Конечно, были взлеты и падения. У нас много раз менялось правительство, бывало, что новая власть хотела повернуть реформы вспять. Но наша система сильна, она сумела выстоять. И вот сейчас, 20 лет спустя Кыргызская Республика добилась реальных успехов в регионе.

*Доктор Айнур Ибраимова, бывший заместитель министра здравоохранения Кыргызской Республики (2000-2008 гг.)*

# ФИНАНСИРОВАНИЕ И РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Одним из главных преимуществ советской медицины был равный доступ всех больных к базовому объему медицинской помощи независимо от своей платежеспособности. Однако эта система была узкой и затратной, а качество не всегда было на должном уровне. Система здравоохранения, унаследованная странами Центральной Азии, занималась главным образом стационарным лечением больного, нежели амбулаторной профилактикой болезней и ведением хронических состояний.

ПМСП выделялось мало средств. Упор на стационарный уход был тесно связан с системой финансирования здравоохранения, поскольку больницы, как гостиницы, получали деньги, заполняя койко-места. К такому порядку адаптировалась вся медицина. К примеру, беременных женщин в обычном порядке клали в больницу для наблюдения. Для проведения процедур, которые на Западе относятся к амбулаторным условиям, в Центральной Азии надолго клали в больницу.

С развалом Советского Союза сократилось обеспечение медикаментами и медицинскими изделиями со стороны государства. Заработная плата медицинских работников резко сократилась. Хотя в 1990-х официально

медицина для населения постсоветских стран оставалась бесплатной, больные оказались в ситуации, когда им приходилось платить непредсказуемые неофициальные суммы врачам и часто приносить с собой в больницу свои медикаменты и принадлежности.

USAID помог странам Центральной Азии реорганизовать их системы финансирования здравоохранения, чтобы перенаправить ресурсы от больниц на ПМСП и тем самым перестать стимулировать стационарную практику. Средства перенаправлялись на уровень ПМСП, уход на котором не только менее затратен, но и более эффективен в профилактике заболеваний и ведении хронических состояний.

Чтобы способствовать такому перенаправлению и повысить эффективность финансирования, USAID помогал правительствам реорганизовывать системы финансирования здравоохранения, чтобы клиники и больницы получали деньги за сделанную работу, за результат, а не за мощности – койки и персонал, от которых требовалась работа. В то же время лечебные организации получили больше свободы, чтобы контролировать свой бюджет и улучшать распределение ресурсов на своем уровне.

## ВЫБОРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ:

- И **В КАЗАХСТАНЕ**, и **В КЫРГЫЗСТАНЕ** бюджеты объединяют на национальном уровне, за счет чего деньги «следуют за больным», а тот может обратиться в любую больницу в своей стране. В этих странах также ввели базовый гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, включающий оплату медикаментов для амбулаторного лечения, на получение которого имеет право каждый гражданин.
- **В УЗБЕКИСТАНЕ** государство развернуло реформы финансирования и управления здравоохранения на уровне ПМСП в сельской местности во всех 3 090 сельских медицинских учреждениях ПМСП в 161 районе 13 областей, охватив примерно 16 млн человек – больше половины населения страны.
- **В ТАДЖИКИСТАНЕ** базовый пакет льгот внедрили в восьми районах, охватив 20% населения страны. Крупные больницы и исследовательские институты внедрили официальную сооплату для больных за диагностику и лечебные консультации.
- **КЫРГЫЗСТАН** обеспечил полное внедрение системы оплаты по пролеченному случаю и единого плательщика со 100-процентным охватом всего пятимиллионного населения страны.

Source: Ministry of Health data.



“У МЕНЯ ОЧЕНЬ МАЛЕНЬКАЯ ПЕНСИЯ, И ДАННАЯ ПРОГРАММА ПОЗВОЛЯЕТ МНЕ ПРИОБРЕТАТЬ НЕОБХОДИМЫЕ ЛЕКАРСТВА ПО СНИЖЕННОЙ ЦЕНЕ.”

Пациент из Кыргызстана о льготном лекарственном обеспечении



Чтобы сохранить или восстановить всеобщий охват населения медицинским обслуживанием, насколько это было возможно при имеющемся бюджете, USAID помогал правительствам выбирать, какие услуги закупать и каким методом. Изменения в финансировании были направлены на то, чтобы сохранить или восстановить принцип равенства и доступ к обслуживанию, при этом создавая стимулы для повышения эффективности и качества.

Кыргызская Республика ушла дальше всех в реализации комплексных реформ финансирования здравоохранения на благо населения. Тем не менее, важные шаги по улучшению своих систем финансирования медицины были сделаны во всех пяти странах.

Первым шагом было **объединение ресурсов здравоохранения** или создание единого пула средств на областном или национальном уровне. Как общий принцип медицинского страхования, аккумулятивное ресурсов означало, что государство могло распределять риск потребности в лечении на большее число, как больных (высокозатратных), так и здоровых (низкозатратных) граждан, по возрастным группам и географически. В Кыргызской Республике создали Фонд обязательного медицинского страхования, который распоряжается аккумуляруемыми средствами и отслеживает их использование.

USAID также помогал странам Центральной Азии решать, какие услуги правительство должно закупать для населения. USAID оказал правительствам поддержку в определении **базового льготного набора услуг**, предоставляемых населению бесплатно на уровне ПМСП.

Затем правительства стали внедрять **сооплату** за отдельные услуги, чтобы пациенты тоже могли нести ответственность за свое лечение. Официальная оплата лишает поставщиков услуг возможности получать деньги неофициально и формирует доход, который организации здравоохранения могут направлять на улучшение обслуживания. Система сооплаты предусматривала исключения для нуждающихся и сборы для тех, кто может позволить себе заплатить больше за свое здоровье. Планы по льготам и сооплате пересматривались ежегодно, перечень и охват льгот расширялись, поскольку бюджет здравоохранения позволял это.

USAID поддержал создание **систем подушевой оплаты** для ПМСП, благодаря которой государство платит организации ПМСП определенную сумму за каждого пациента, принятого или направленного в эту организацию. Ставки варьируются в зависимости от половозрастных поправочных коэффициентов, чтобы стимулировать использование услуг группами, которые реже обращаются за помощью (например, мужчины работоспособного возраста), и учитывать те

## НОВАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Оплата труда медицинских работников до сих пор остается одной из крупнейших статей расходов в бюджете систем здравоохранения в Центральной Азии. В Советском Союзе врачи в больницах получали зарплату независимо от количества обслуженных ими больных или качества лечения. Лечебные учреждения укомплектовывали в соответствии с государственными нормами.

В отличие от такого порядка, поддерживаемая USAID система оплаты по результатам в медицинских организациях для обеспечения гарантированного государством базового пакета льгот включала все затраты, за исключением капитальных вложений. Включение расходов на заработную плату в системы оплаты существенно изменило практику закупок в здравоохранении и имело множество преимуществ. К таковым можно отнести выравнивание всех платежей за медицинские услуги или результатов во избежание противоречащих друг другу финансовых стимулов, за счет чего у управленцев стало больше самостоятельности для оптимального руководства медицинскими работниками и повышения производительности их труда, поскольку у них появилась возможность поощрять врачей в целях мотивации.

“Я ДОВОЛЕН ТЕМ, ЧТО ПРЕДЛАГАЕТ СУЩЕСТВУЮЩАЯ ПОЛИТИКА (ОФИЦИАЛЬНОЙ СООПЛАТЫ). В ЧАСТНОСТИ, МНЕ КАЖЕТСЯ, ОНА ПРОДЕМОНСТРИРОВАЛА, ЧТО МЫ МОЖЕМ СНИЗИТЬ КОРРУПЦИЮ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СПОСОБСТВОВАТЬ ПОВЫШЕНИЮ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗАКОННЫМИ СРЕДСТВАМИ. КРОМЕ ЭТОГО, ТАКАЯ СИСТЕМА РАСШИРЯЕТ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТОВ, ПОЗВОЛЯЯ ИМ ХОРОШО ПОНЯТЬ СВОИ ФИНАНСОВЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА, А ТАКЖЕ ПРАВА.”

Доктор Тилек Мейманалиев, бывший министр здравоохранения Кыргызской Республики

группы, которым в среднем требуется оказывать больше помощи, это маленькие дети и женщины репродуктивного возраста.

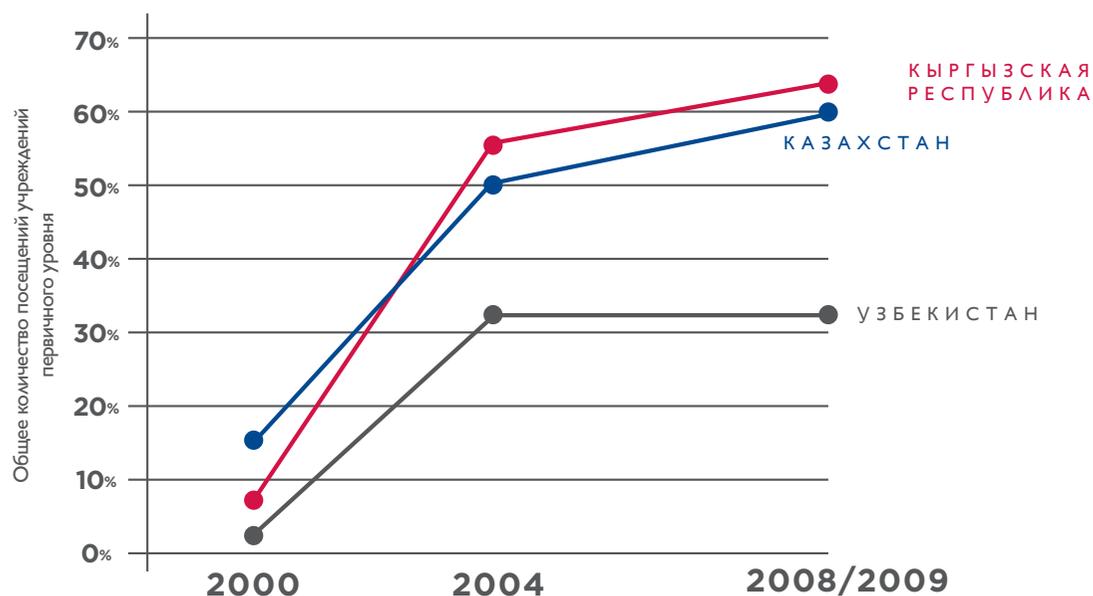
USAID помогал государственным партнерам создавать **больничную систему оплаты по пролеченному случаю на основе** диагностически связанных групп (ДГ). Для тех, кому диагностировали заболевание, требующее основательного стационарного лечения оплата была выше, для тех же, кому требовалось непродолжительное пребывание в стационаре, - гораздо ниже. При системе ДГ медицинские состояния делили по группам в зависимости от диагноза и ряда других факторов, включая возраст, пол и наличие осложнений. Затем каждой группе присваивался определенный вес исходя из объема лечения, который требовался согласно доказательной практике. При такой системе состояния вроде обычной простуды могут иметь нулевой вес, а значит больница не получит денег за лечение простудившегося пациента, в то время как пациенту с аппендицитом присвоят гораздо больший вес. Внедрение новой, основанной на затратах системы оплаты привело к общему сокращению пребывания в стационаре по всему региону и сопутствующему сокращению бюджетов, предусмотренных для больниц. Как следствие, правительства стали закрывать или объединять больницы, сокращая общее число койко-мест и повышая эффективность.

Позднее был добавлен **набор лекарственных льгот для амбулаторного лечения**, чтобы больные могли получать необходимые им медикаменты бесплатно или по сниженной цене в клиниках и аптеках, что привело к росту использования услуг первичного уровня здравоохранения.

Благодаря новым системам финансирования здравоохранения стало сокращаться стационарное обслуживание и расширяться

амбулаторное. Такой отход от практики госпитализации вносит ощутимые изменения в повседневную жизнь пациентов. Регулярный профилактический уход на уровне ПМСП помогает предотвратить критические болезни. Если все же возникает серьезная болезнь, новая система финансирования медицины помогает избежать катастрофических трат на больных, которым требуется госпитализация. Хронические состояния можно лечить на уровне ПМСП, при этом расходы больного ограничиваются суммой

## ПОСЕЩЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО УРОВНЯ



Источник: план мониторинга исполнения проекта «Здрав», по данным Министерства здравоохранения



## СНИЖЕНИЕ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ В БОЛЬНИЦЕ (ДНИ):

● ДО РЕФОРМ (1994 г.)

● ПОСЛЕ РЕФОРМ (2011 г.)

### КАЗАХСТАН



### ТУРКМЕНИСТАН



### ТАДЖИКИСТАН



### УЗБЕКИСТАН



### КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА



Источник: Всемирная организация здравоохранения, база данных «Европейское здравоохранение для всех»

прозрачной сооплаты. Пациенты более довольны и здоровы, когда им не нужно идти к специалисту или лежать в больнице. Данные трех пилотных объектов в Кыргызстане на графике (стр. 31) наглядно демонстрируют рост удовлетворенности.

Базовый объем бесплатной медицинской помощи позволил сделать медицинское обслуживание доступнее для больных. Реформы имели быстрый эффект даже на раннем этапе работы USAID. К примеру, в Кыргызстане в 2001 году 11% тех, кто нуждался в медицинской помощи, но не обращался за ней в предыдущие 30 дней, среди причин такого бездействия называли дороговизну и большое расстояние. К 2006 году этот показатель упал до 3%. Доля собственных расходов граждан в общей сумме затрат на здравоохранение снизилась с 45% в 1995 году до 36% в 2013-м. Данные одного из пилотных районов Кыргызстана также показали, что после введения пакета льгот по амбулаторному лекарственному обеспечению (2000-2001 годы) количество обращений в организации ПМСП снизилось на 6%, экстренных случаев – на 38%, направлений в больницы – на 22% при состояниях, с которыми легко могут справиться врачи ПМСП, - это астма, гипертония, анемия, язва желудка.

Как показывает весь данный документ, системные изменения вместе с реорганизацией финансирования здравоохранения также способствовали улучшению показателей здравоохранения.

## ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА, РОЛИ И ОТНОШЕНИЯ

Одна из главных практических стратегий USAID за 20 лет его совместной работы в Центральной Азии заключалась в том, чтобы четко определять роли и отношения различных институтов и участников процесса. Это было особенно важно в условиях неэффективности, отсталости организаций, отсутствия стратегического управления, поразивших сектор здравоохранения в каждой из республик в начале 1990-х.

Четкое определение ролей различных органов и институтов и связей между ними, а также повышение прозрачности сокращало дублирование функций и затраты, повышая качество общего управления в секторе здравоохранения.

USAID помогал создавать нормативно-правовые механизмы в Центральной Азии для успешной реализации подобных реформ в системе здравоохранения. Агентство помогало национальным партнерам развивать новые институты, необходимые для качественных улучшений, включая независимые медицинские организации ПМСП, отделы по разработке политики при министерствах здравоохранения, отделы и центры доказательной медицины, независимые организации. Новые неправительственные организации, такие как Медицинская аккредитационная комиссия в Кыргызстане, взяли на себя множество функций по регулированию и мониторингу. Профессиональные организации, такие как Ассоциация семейных врачей Казахстана, стали выполнять многие функции, традиционно закрепленные за министерством здравоохранения, в том числе – повышение квалификации медицинских работников, разработка клинических руководств и протоколов, поддержка повышения качества и доказательной медицины.

На уровне персонала USAID поддержал изменения в кадровой работе, включая уточнение функциональных обязанностей, перераспределение функций между различными уровнями, обеспечение соответствия различных классификаций должностей во избежание дублирования работы и неохваченных участков. Поставщики услуг стали более самостоятельными. Пациентов призвали реализовывать свои права и обязанности. Министерства здравоохранения стали выполнять множество функций по закупкам, которые в этом регионе традиционно были закреплены за министерством финансов.

Все эти новшества вместе сделали возможной институционализацию инициатив, реализованных USAID и национальными партнерами для повышения эффективности. С появлением новых ролей и отношений медицинские работники, управленцы и сами граждане стали участниками процесса повышения качества и преобразований.





## РЕФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Чтобы создать сильный сектор первичной медико-санитарной помощи, врачам необходимо развивать навыки, необходимые в семейной медицине. USAID начал с подготовки группы врачей к работе в качестве тренеров по семейной медицине, ответственных за подготовку и переподготовку медработников по всему региону. Заглядывая в будущее, USAID и партнеры также разработали программы повышения квалификации по семейной медицине для недавно окончивших медучилище, а также для непрерывного медицинского образования для действующих врачей.

USAID совместно с ректорами вузов, преподавателями и администраторами обновил и унифицировал содержание медицинских учебных программ в соответствии с международными стандартами, подчеркивая важность клинического преподавания. Такой подход позволил студентам наблюдать за работой врачей и взаимодействовать непосредственно с пациентами, нежели учиться только по учебникам и лекциям. Учащихся познакомили с доказательной медициной и стали учить разработке и применению клинических руководств и систем непрерывного повышения качества для совершенствования оказания медицинских услуг. Узбекистан стал лидером в совершенствовании додипломного медицинского образования. В поддержке USAID медицинским институтам в Ташкенте и Самарканде упор делался на обучение преподавателей принципам доказательной медицины, технику обучения взрослых и проблемно-ориентированное обучение.

USAID также поддержал реструктуризацию программ непрерывного медицинского образования в Центральной Азии. Участие в реорганизованных курсах только в период с 2005 по 2008 год приняли более 22 тысяч врачей, медсестер, сельских работников здравоохранения. В Кыргызстане, Туркменистане и Таджикистане USAID помогал разрабатывать инициативы по дистанционному обучению для работников ПМСП в регионах. Отчасти благодаря работе USAID и партнерской организации РАСТЕС по повышению потенциала Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации может самостоятельно проводить в стране дистанционное обучение на своих курсах без поддержки доноров.

Благодаря тому, что USAID постоянно делает упор на совершенствование медицинского образования по всему региону, медицинские работники сегодня лучше, чем когда-либо, готовы обеспечивать своих пациентов необходимым им высококачественным, основанным на доказательствах лечением.

## ИНТЕГРИРОВАНИЕ УСЛУГ

Во времена Советского Союза государство создало ряд отдельных медицинских структур, которые работали над конкретными заболеваниями. Результат – отдельные административные структуры практически в каждой области, высокие накладные расходы, избыток персонала – как в стационарах, так и в амбулаторных учреждениях – по туберкулезу, болезням, передающимся половым путем, акушерству и гинекологии, психиатрии, ВИЧ, наркологии и онкологии. Больному, страдающему несколькими заболеваниями, даже смежными, нужно было получать лечение в разных учреждениях. Часто пациенты повторно сдавали анализы и проходили обследование на разных уровнях системы здравоохранения, в учреждениях разных типов.

USAID ответил на просьбы правительств стран Центральной Азии помочь в снижении затрат и повышении эффективности медицинского обслуживания, поддержав планы по слиянию многочисленных организаций и интеграцию услуг в больницы общего профиля и ПМСП. В результате специализированное обслуживание стало ограничиваться только сложными случаями. В большинстве стран Центральной Азии дородовой уход, гинекологические услуги и лечение болезней, передающихся половым путем, уже интегрированы в ПМСП. Лечение туберкулеза, ВИЧ и наркотической зависимости интегрировано частично в той или иной степени в разных странах. В настоящее время лечению в отдельных учреждениях подлежат психические расстройства и рак.

По мере того, как при содействии USAID национальные партнеры сокращали свои раздутые системы здравоохранения, чтобы соответствовать ожиданиям населения, само агентство поддерживало изменения во

внутренних системах управления с целью повышения эффективности. Кроме того, USAID работал с министерствами здравоохранения и финансов над реинвестированием средств, высвобождающихся за счет сокращения, в сектор здравоохранения.

В условиях дальнейшего сокращения и интеграции правительства вскоре увидели, как сэкономленные за счет повышения эффективности средства могут послужить улучшению здравоохранения. Так, больничный сектор в Кыргызстане в период с 2000 по 2005 год сократил свои площади на 40%, а количество зданий – на 47%. Это значительно снизило затраты на коммунальные услуги. Сокращение расходов на инфраструктуру и персонал обеспечил увеличение финансирования непосредственного обслуживания пациентов с 20% в 2004 году до 33 в 2007-м. Такие ощутимые улучшения стали толчком для последующих перемен. Количество стационарных учреждений в регионе стало неуклонно снижаться, а ресурсы – перенаправляться на амбулаторное оказание услуг

Такая оптимизация способствовала устойчивому повышению качества и удобства медицинского обслуживания населения. Теперь дородовой уход, который раньше предоставлялся только в специализированных родильных учреждениях, доступен в организациях ПМСП. Больные туберкулезом могут получать ежедневное медикаментозное лечение у местного поставщика услуг ПМСП вместо того чтобы ездить в региональное специализированное туберкулезное учреждение или долгое время лечиться в больнице. Благодаря новым, менее масштабным интегрированным системам здравоохранения лечение стало доступнее для больных. Все это стимулирует повышение эффективности обслуживания.

\* Ministry of Health and Mandatory Health Insurance Fund data.



## ПОДЛИННЫЙ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

В секторе здравоохранения у тех, кто обучался, работая бок о бок со специалистами из проектов USAID, есть и хорошее видение, и навыки, необходимые для понимания и внедрения новых процедур, которые нужны, чтобы справиться с вызовами нашего меняющегося мира. Хотя первые проекты USAID – «Здрав» - завершились несколько лет назад, идеи, касающиеся финансирования и менеджмента в здравоохранении и информационных систем, продолжают развиваться и продвигаться в странах Центральной Азии. Этот непрерывный прогресс является ответом на работу USAID по созданию основ, и он возможен благодаря видению и неустанному труду жителей Центральной Азии, которые чему-то научились в рамках этих проектов. Сила первых проектов «Здрав» заключалась в их подходе к укреплению систем здравоохранения.

Я работаю с проектами USAID почти с самого их начала в качестве директора Казахстанской ассоциации семейных врачей. Благодаря сотрудничеству с многочисленными проектами USAID, которые были реализованы Abt Associates, наша ассоциация, все практикующие врачи в нашей стране и я лично смогли понять доказательную медицину, руководства по клинической практике, семейную медицину, практику безопасного материнства, инфекционного контроля, ухода и лечения ВИЧ/СПИДа и общения с пациентами. Социальные работники и психологи стали частью системы медобслуживания первичного и вторичного уровней. Когда эти новые подходы внедрялись, для наших стран они были революционными, и многие медработники воспринимали их скептически. Сегодня уже никто из работающих в системе здравоохранения не оспорит их преимущества.

*Доктор Дамиля Нугманова, директор Казахстанской ассоциации семейных врачей*

# СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ДАННЫХ

Работу, которая началась в странах Центральной Азии в рамках создания новых структур и практики их систем здравоохранения, подрывали устаревшие формы и процедуры. В Советском Союзе данные собирали в соответствии со строгими инструкциями, а на уровне учреждений ни тенденции, ни результаты не анализировались. По этой причине после обретения республиками независимости управленцы, даже если и имели доступ к данным, едва могли их применять и анализировать из-за недостатка знаний и опыта.

Чтобы помочь странам Центральной Азии в использовании данных при принятии решений, USAID внедрил компьютерные управленческие информационные системы (УИС). УИС поддерживают новые системы оплаты в секторе здравоохранения каждой республики и снабжают управленцев и администраторов актуальными данными, которые помогают им улучшать обслуживание и повышать эффективность. На сегодняшний день в базу данных Фонда обязательного медицинского страхования в Кыргызстане внесено более 9 млн больничных случаев, а в Казахстане – почти вдвое больше.

Такие информационные системы, которые поддерживают новые механизмы финансирования здравоохранения, позволяют осуществлять изменения в клинической практике. К примеру, сокращение числа случаев госпитализации в рамках программы «Безопасное материнство» не было бы возможным, если бы медики несли убытки в результате ее реализации. Переход к оплате за больничный случай позволил направить получаемые средства на приоритетные услуги и группы населения, а также удерживать сэкономленные деньги и реинвестировать их в «Безопасное материнство» и улучшение охраны здоровья матери.

Медицинские работники и администраторы оценили новые УИС, а именно – их способность сокращать время на выполнение повседневных задач по сбору и мониторингу данных. Со временем поставщики медицинских услуг также стали отмечать тенденции и использовать их для повышения эффективности обслуживания. Реагируя на эти очевидные улучшения, министерства сами стали продвигать и развивать информационные системы. К примеру, Министерство здравоохранения Туркменистана за счет государственного бюджета расширило информационную систему здравоохранения, внедренную USAID, за пределы первоначально охваченных ею 14 больниц по всей остальной территории страны. В Казахстане правительство поддержало создание государственной электронной системы для контроля качества охраны здоровья матери и ребенка, планирования семьи и репродуктивного здоровья.

Практически во всей своей деятельности USAID стремился к тому, чтобы у национальных партнеров было понимание сбора и использования данных. На уровне управления USAID помогал руководителям анализировать данные и применять их при разработке политики по совершенствованию здравоохранения. Такой подход оказал влияние на содержание более 700 нормативно-правовых документов в сфере здравоохранения, включая основанные на доказательствах, поддержанные ВОЗ стандарты лечения больных.

На уровне медицинских организаций USAID помог отдельным поставщикам услуг проанализировать показатели эффективности своей работы с пациентами, чтобы определить и обсудить возможные причины качества работы выше или ниже среднего и осуществить меры по повышению качества. В Казахстане система мониторинга собрала и проанализировала данные примерно по 15 показателям ПМСР, которые затем изучили и обсудили ряд учреждений. Это создало продуктивную конкуренцию,



“СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ПОМОГАЕТ НАМ.  
НАМ НЕ НУЖЕН КОНТРОЛЬ СВЕРХУ. ИНДИКАТОРЫ  
ПОКАЗЫВАЮТ НАМ, ГДЕ МЫ МОЖЕМ РАБОТАТЬ ЛУЧШЕ.”

Главный врач группы семейных врачей в Казахстане Фатима Телжанова

способствовавшую повышению качества работы каждого. Эти данные также вскрыли препятствия, которые на уровне организации или системы мешали повышать качество и которые затем были устранены областными департаментами здравоохранения.

По всей Центральной Азии улучшенные системы сбора данных и поставщики медицинских услуг, которые могут ими пользоваться, создали среду, в которой повышение качества является частью повседневной работы каждого в системе – от управленцев и администраторов до врачей и медсестер.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ И ПЕРЕДОВОГО ОПЫТА ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Несмотря на наличие в республиках Центральной Азии разветвленной сети больниц и специалистов, эффективность лечения оставалась низкой. Клиники и больницы были не дооснащены, а вузовская подготовка врачей и медсестер состояла главным образом из теории. Врачи работали по устаревшим регламентированным клиническим методам, многие из которых были разработаны еще в советское время. Начав работать в Центральной Азии в 1994 году, USAID внедрил принципы доказательной медицины, чтобы обновить и усовершенствовать медицинскую практику. В доказательной медицине врачи, насколько это возможно, опираются в своей работе на результаты серьезных исследований.

USAID совместно с партнерами работал над созданием центров доказательной медицины в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане. Эти центры начали работать вместе с авторитетными экспертами, чтобы влиять на

разработку политики доказательной медицины, при этом проводя обучение и выступая в качестве ресурса для работников здравоохранения.

По всему региону управленцы здравоохранения настолько убедились в ценности доказательной медицины, что внесли существенные изменения в политику.

- В Кыргызстане, Таджикистане и Узбекистане в настоящее время доказательная медицина является обязательной частью преддипломной учебной программы государственных медицинских учебных заведений.
- В Казахстане на бюджетные средства открыли центры дополнительной подготовки по доказательной медицине в каждом медицинском вузе республики, а также в Республиканском центре развития здравоохранения.
- Министерства здравоохранения Кыргызстана, Таджикистана и Казахстана приняли национальные методик, которые призывают применять доказательные принципы при разработке всех медицинских руководств, которым следуют врачи.
- Управленцы составили и внедрили более 110 доказательных руководств и протоколов для врачей, благодаря которым те применяют лечебную практику, способствующую повышению эффективности обслуживания пациентов.

Хотя изменения в нормативно-правовой базе жизненно важны для совершенствования медицинской практики, правительства республик признали, что их может оказаться недостаточно для изменений в практике поставщиков услуг здравоохранения. Поэтому USAID также поддержал партнеров на уровне медицинских организаций, чтобы познакомить медицинских работников с системой непрерывного повышения качества (НПК). Эта методика, которая родилась в промышленном производстве, сосредоточена на цикле, включающем такие мероприятия, как выявление проблем, поиск их причин, определение мер для улучшения результатов работы, которые отслеживаются с помощью измеримых показателей.

**“МЫ ЖИВЕМ НЕ В 1995 ГОДУ. И ДАЖЕ НЕ В 2000-М. СЕГОДНЯ,  
ЧТО БЫ МЫ НИ ДЕЛАЛИ, НАМ НУЖНЫ ДОКАЗАТЕЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ.”**

Доктор Аламхон Ахмедов, директор Таджикистанского медицинского института  
последипломного образования

**“ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПОЛОЖИТЕЛЬНО ВЛИЯЕТ НА  
КЛИНИЧЕСКИЙ УРОВЕНЬ, ПОМОГАЯ НАМ ПРОДЕМОНСТРИРОВАТЬ  
ВОЗДЕЙСТВИЕ НАШИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ДОСТИЧЬ ЦЕЛЕЙ, К КОТОРЫМ  
МЫ СТРЕМИМСЯ, ВНЕДРЯЯ ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ ПРАКТИКУ.”**

Доктор Светлана Цой, руководитель Управления здравоохранения Ташкентской области



## ПРОЦЕНТ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРИДЕРЖИВАЮЩИХСЯ РУКОВОДСТВА ПО ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ПРИЕМЕ РОДОВ:



Источник: данные мониторинга проектов USAID

Хотя система НПК применялась по всему региону при лечении самых разных заболеваний, первоначально партнеры хотели сосредоточиться на такой проблеме, как повышенное артериальное давление, поскольку страны Центральной Азии – в числе имеющих самое тяжелое бремя сердечно-сосудистых заболеваний в мире. Результаты этой работы продемонстрировали огромные возможности доказательной медицины в сочетании с НПК.

- В пилотных медицинских организациях в Узбекистане точность диагностики повышенного артериального давления выросла до 100%, в то время как в других она составляла около 68%.
- В Кыргызстане в пилотных организациях доля больных с диагностированной гипертензией, чьи показатели кровяного давления находились в целевом диапазоне во время последнего визита в учреждение первичного уровня, выросла с 12% до 53% благодаря улучшенному ведению их состояний.

- В пилотных организациях в Казахстане доля больных, чья гипертензия требовала экстренного лечения, упала с 14% в 2006 году до 4% в 2011-м.

Подобные результаты наблюдались по всему региону. В итоге использование доказательных руководств посредством приемов НПК в этих государствах распространили от районов на целые области и почти на всю территорию стран.

- Правительство Кыргызстана приняло Национальную политику повышения качества, в результате чего больше половины семейных врачей по всей стране стали применять методы НПК.
- В Таджикистане методы НПК используют в своей работе все 36 пилотных учреждений, поддерживаемых USAID.
- В Узбекистане разработанная USAID учебная программа по НПК была интегрирована в программу переподготовки по семейной медицине. Доля учреждений, применяющих методы повышения качества, выросла с 2% в 2005 году до 38 в 2008-м.

“РАНЬШЕ МНЕ БЫЛО ТЯЖЕЛО ОТ ТОГО, ЧТО Я НЕ МОГ ДИАГНОСТИРОВАТЬ СОСТОЯНИЕ МОИХ ПАЦИЕНТОВ И БЫЛ ВЫНУЖДЕН НАПРАВЛЯТЬ ИХ К ДРУГОМУ СПЕЦИАЛИСТУ. ТЕПЕРЬ МНЕ КАЖЕТСЯ, Я МОГУ ЛЕЧИТЬ ЛЮБОЕ СОСТОЯНИЕ У БОЛЬНОГО, И ПОТОМУ Я ГОРЖУСЬ СВОЕЙ РАБОТОЙ. И КОНЕЧНО ЖЕ, ЭТО ЗНАЧИТЕЛЬНО ОБЛЕГЧАЕТ ЖИЗНЬ МОИХ ПАЦИЕНТОВ.”

Доктор Мукадас Мадаминова, семейный врач, прошедший подготовку USAID в Душанбе (Таджикистан)

“КОГДА Я ЕЗЖУ ПО СЕЛЬСКИМ БОЛЬНИЦАМ, ПРОВОДЯ МОНИТОРИНГ, Я ВИЖУ, НАСКОЛЬКО ЭФФЕКТИВНЫМИ БЫЛИ ТРЕНИНГИ. ЭТО ОКАЗАЛО ОГРОМНОЕ ВЛИЯНИЕ. КОГДА Я ВПЕРВЫЕ ПОНЯЛА ЭТО, ТО ПОТОМ НЕ МОГЛА ЗАСНУТЬ. Я ПРОСТО ДЕНЬ И НОЧЬ ДУМАЛА О ТОМ, КАК БЫ МОГЛА ПОДЕЛИТЬСЯ ЭТОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ.”

Доктор Уля Курманалиева, заведующая детским отделением Кочкорской больницы, национальный тренер ИВБДВ (Кыргызская Республика)

- Благодаря внедрению системы НПК в одной из пилотных точек в Казахстане министерство здравоохранения этой республики посчитало, что организации ПМСП могут оказывать услуги планирования семьи, которые раньше предоставляли только гинекологи, и изменили законодательство, чтобы внедрить такую практику в общереспубликанском масштабе.

Методология непрерывного улучшения качества диагностики и лечения туберкулеза на уровне ПМСП, разработанная Ассоциацией семейных врачей Казахстана на основе результатов в пилотных организациях, утверждена Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан для национального использования.

При таком уровне институционализации и в политике, и в практике здравоохранения, все больше врачей начинают применять доказательные руководства при лечении своих пациентов, что приведет к повышению эффективности здравоохранения в Центральной Азии в ближайшие годы.

## УЛУЧШЕННАЯ ДИАГНОСТИКА

В советской системе специализированных клиник у каждой из них была своя лаборатория. В силу того, что больному порой приходилось посещать множество разных специалистов из-за одного легкого недуга, иногда возникало дублирование лабораторных анализов разных врачей в разных учреждениях. Такое нагромождение и бюрократия вели к пустым тратам, которые едва ли могли себе позволить новые независимые республики Центральной Азии. Качество лабораторного оборудования, как и наличие материалов и реактивов снижалось из-за сокращения бюджета здравоохранения в начале 1990-х. Одновременно с этим в Центральной Азии росла заболеваемость туберкулезом и ВИЧ, что требовало внедрения новых методов и инструментов анализа.

Чтобы помочь справиться с этими проблемами, USAID работал совместно с другими международными донорами, такими как Всемирный банк, Азиатский банк развития, ВОЗ, Программа развития ООН (ПРООН), Центры по контролю и профилактике заболеваний, «Врачи без границ» и Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд). Вместе они помогли странам Центральной Азии создавать сеть эффективных лабораторий на уровне ПМСП и повышать потенциал имевшихся в регионе туберкулезных лабораторий.

USAID внедрял рекомендованные ВОЗ методы контроля качества микроскопического анализа мокроты на туберкулез, включая слепой метод повторной проверки репрезентативных тестов в лабораториях более высокого уровня. В случае выявления расхождений в анализе лабораторных стекол с их причинами работали при поддержке государственной лабораторной системы. USAID поддержал внедрение расширения системы внешней оценки качества (ВОК) в республиканском масштабе в Кыргызстане и Таджикистане, а также, в ограниченном масштабе, в Казахстане (одна область) и Узбекистане (с охватом 40% туберкулезных лабораторий этих стран). Кроме этого, USAID внедрил системы контроля качества (СКК) для лабораторий, проводящих тестирование на туберкулез, в ряде областей во всех пяти странах. СКК охватывает все аспекты лабораторной работы, в том числе инфекционный контроль, техобслуживание оборудования и снабжение. Благодаря этим изменениям к услугам пациентов сегодня быстрая и удобная диагностика большого числа заболеваний.



# ЗАБОТА О САМЫХ МАЛЕНЬКИХ

Чтобы у всех детей в Центральной Азии была возможность расти здоровыми и становиться успешными взрослыми людьми, USAID совместно с властями и сообществами реализовал ряд доказательных мероприятий по совершенствованию знаний и навыков медицинских работников, работающих с детьми и родителями.

Как и вся деятельность USAID в области здравоохранения в Центральной Азии, работа по улучшению здоровья матери и ребенка основана на тесном сотрудничестве с национальными партнерами, чтобы с самого начала закрепить будущие результаты за правительством и местными организациями. USAID сотрудничал с Кыргызским государственным медицинским институтом переподготовки и повышения квалификации, Центром матери и ребенка в Казахстане, Институтом здоровья матери и ребенка в Туркменистане, Таджикистанским институтом педиатрии, Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ), ВОЗ и Всемирным банком. Все вместе они помогали организовывать обучение тысяч врачей, их помощников, медсестер первичного уровня, студентов-медиков, общественных работников здравоохранения по программе ВОЗ «Интегрированное ведение болезней

детского возраста (ИВБДВ). В рамках программы ИВБДВ медицинские работники учатся распознавать и лечить распространенные болезни и консультировать родителей по правильному развитию ребенка, профилактике заболеваний и питанию. Эти усилия дали свои плоды по всему региону, включая принятие странами политики, связанной с ИВБДВ.

- В Туркменистане Министерство здравоохранения и медицинской промышленности распорядилось включить

ИВБДВ в учебную программу шести крупных медицинских учебных заведений республики. Правительство с 2008 года включает стратегию ИВБДВ во все государственные планы по охране здоровья матери и ребенка.

- Точно так же в Казахстане и Таджикистане ИВБДВ принято в качестве интегрированной государственной политики.
- В Кыргызстане и Таджикистане ИВБДВ сегодня является частью программы медицинского образования всех уровней.



Источник: Всемирный банк, <http://data.worldbank.org/topic/health>.

Кроме этого, USAID совместно с партнерами обучал основам охраны здоровья поставщиков медицинских услуг, родителей, детей, других членов сообществ. В Кыргызстане USAID информировал о доказательной медицине детей и родителей, помогая министерству здравоохранения реализовывать инновационную программу «Здоровые школы» в 956 средних учебных заведениях, преимущественно в сельских, что составляет более 40% общего количества школ в республике.

В Туркменистане USAID поддерживал информационно-развлекательные программы на телевидении и радио и «живые» мероприятия, в том числе – кукольные спектакли, уличные фестивали, содержащие соответствующий посыл. После этого обычные граждане демонстрировали полученные знания и действия, необходимые для охраны здоровья, как, например, мытье рук, лечение диареи у детей, грудное вскармливание. К примеру, национальное исследование, проведенное в 2000 году, показало, что 62% населения Туркменистана считало, что ребенок, страдающий диареей, должен есть намного меньше, чем здоровые дети, что на самом деле является опасной практикой. После мероприятий, реализованных USAID в туркменском городе Фарабе на границе с Узбекистаном, только 11% людей считали, что ребенку с диареей нужно давать меньше пищи.

\* Turkmenistan DHS Survey, 2000.

Поскольку из-за низкого уровня санитарии диарея у детей – весьма распространенное явление в Центральной Азии, такие изменения в культуре народа окажут существенное влияние на здоровье детей.

- Мероприятия, поддерживаемые USAID, способствовали значительному повышению качества медобслуживания и эффективности здравоохранения для детей Центральной Азии, в том числе в младенческом возрасте: распространенность отставания в развитии в регионе упала с 35% до 14% за период с 1995 по 2015 год .

- В Кыргызстане доля детей младше пяти лет, страдающих диареей и получающих лечение в виде пероральной регидратации (недорогая доказательная формула порошка, приготавливаемого дома и схожего с педиалитом), выросла более чем на 200% в период с 2005 по 2012 год .
- В Кыргызстане число новорожденных, получающих необязательный витаминный раствор, упало с 40%, как было до мероприятий по эффективному перинатальному уходу, до 1% в 2014 году.



Источник: Всемирный банк, <http://data.worldbank.org/topic/health>.



## БЕЗОПАСНОЕ МАТЕРИНСТВО

Став независимыми, страны Центральной Азии столкнулись с проблемой самой высокой материнской смертности среди всех бывших республик Советского Союза. В нескольких новых государствах этот показатель продолжал расти по мере разрушения систем здравоохранения. В Таджикистане материнская смертность подскочила с 94 на 100 тыс. живорождений во время обретения независимости в 1990 году до 160 в 1995-м. В этот же период показатель материнской смертности в Кыргызстане вырос с 73 до 98, в Туркменистане – с 82 до 94. Для сравнения, в Норвегии в 2013 году материнская смертность составляла 6 на 100 тыс., в то время как в Афганистане – 400 на 100 тыс.\*

Чтобы изменить ситуацию, USAID совместно с партнерами внедрил доказательные, ориентированные на пациента клинические стандарты безопасных родов и экстренной акушерской помощи.

Первой крупной программой, реализованной USAID в Центральной Азии, была программа ВОЗ «**Эффективный перинатальный уход**» (ЭПУ), направленная главным образом на то, чтобы роды перестали рассматривать как медицинское состояние, но при этом предоставляли научно обоснованный, ориентированный на женщину уход. Программа ЭПУ помогает снизить вероятность заражения и обучает поставщиков медицинских услуг справляться с состояниями, несущими потенциальную угрозу жизни, такими как преэклампсия (токсикоз беременности), послеродовое кровотечение и перинатальная асфиксия, которые требуют экстренной специализированной помощи. В рамках ЭПУ медиков учат снижению количества необязательных анализов, срока госпитализации и числа операций по кесареву сечению. USAID воспользовался программой ЭПУ для внедрения простых, недорогих методов. Для дальнейшего совершенствования ухода во время

\* World Health Organization Global Health Observatory.

“С ВНЕДРЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО УХОДА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ВЫРОСЛА: ЖЕНЩИНЫ ВЫРАЖАЮТ БЛАГОДАРНОСТЬ ЗА ТО, ЧТО ИХ ПАРТНЕРЫ МОГУТ БЫТЬ С НИМИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ, И ОНИ МОГУТ, ОПИРАЯСЬ НА ПОЛУЧЕННЫЕ ЗНАНИЯ, ВЫБРАТЬ ПОЛОЖЕНИЕ ДЛЯ РОДОВ, МОГУТ ПОЛУЧАТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ВО ВРЕМЯ СХВАТОК. БЛАГОДАРЯТ ЗА НАШИ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ.”

Доктор Дамира Сексенбаева, акушер-гинеколог Бишкекского перинатального центра  
(Кыргызская Республика)

беременности USAID реализовал программу «Дородовое наблюдение» (ДН) для акушеров и семейных врачей. Во всех странах региона USAID сотрудничал с Фондом народонаселения ООН (UNFPA) и другими организациями для обеспечения максимального географического охвата этих программ.

Чтобы подготовить будущих матерей и отцов к родам и послеродовому периоду, USAID поддержал организацию 20 школ будущих родителей в Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане и Туркменистане. В этих школах обучают и вдохновляют беременных женщин, а их партнеров привлекают к подготовке к родам и уходу за новорожденным.

Перечисленные мероприятия оказали сильное влияние и на медиков, и на их практику, а также способствовали существенному увеличению доли женщин, которым назначали фолиевую кислоту, и числа совместных родов.

- В шести регионах Таджикистана, где велась работа, доля женщин, обследуемых на преэклампсию, выросла с 25 до 88%.
- В этих же регионах процент родов, в которых медработник активно контролировал процесс в третьей стадии, вырос с 46 до 99. Такая техника может существенно снизить вероятность послеродового кровотечения.
- В девяти целевых регионах в Кыргызстане с 28 до 98% выросла доля женщин, получающих консультации в первые пять месяцев беременности, чтобы знать опасные симптомы, требующие медицинской помощи.

Все вместе эти положительные изменения помогли снизить в регионе количество осложнений при родах и материнскую смертность, на что указывают цифры в сопровождающих графиках. Результат – большое число счастливых и здоровых матерей и детей в Центральной Азии.

## СНИЖЕНИЕ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ



Источник: Обсерватория глобального здравоохранения Всемирной организации здравоохранения

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

С сокращением бюджета после развала Советского Союза стала рушиться инфраструктура. В ряде районов сельской местности больницы остались даже без водопроводной воды. Стало труднее обеспечить защиту посетителей медицинских организаций от заражения от других пациентов. Усугубляло ситуацию и то, что государственные органы, отвечающие за инфекционный контроль, часто использовали устаревшие протоколы – то предусматривающие чрезмерную дезинфекцию, то, наоборот, пренебрегающие простыми шагами, предотвращающими инфицирование. Медицинские организации долгое время оставались без денег на ремонт, а тем временем заразных больных туберкулезом клали рядом с незаразными.

Для решения этих проблем USAID совместно с национальными партнерами разрабатывал актуальные планы, нормативные документы и клинические руководства по инфекционному контролю, включая политику и руководства по туберкулезу, охране здоровья матери и ребенка. В Кыргызстане USAID работал с санитарно-эпидемиологической службой (СЭС) над изменением политики финансирования, чтобы обеспечить наличие у органов, отслеживающих работу по профилактике и контролю инфекций, достаточных средств для выполнения их функций. Ранее СЭС финансировалась за счет оплаты своих услуг и штрафов – из-за такой системы медицинские организации неохотно пользовались услугами службы, чтобы экономить средства, а также скрывать проблемы и риски во избежание штрафов.

В то время как обновлялась финансовая система, USAID обучал работников СЭС новым

руководствам и методам, помогало им переходить от прежней политики строгого надзора к поддерживающему наблюдению. Медработников в учреждениях по всей Центральной Азии также обучали новым методам работы. USAID стимулировал простые изменения в управлении, чтобы совершенствовать инфекционный контроль в медицинских организациях, к примеру, установку раковин, закупку мыла и полотенец в каждую комнату. Кроме того, USAID подчеркивал важность совершенствования управления на уровне организаций и непрерывного повышения качества. Чтобы повысить приверженность поставщиков медицинских услуг методам инфекционного контроля, USAID стимулировал включение учреждениями последипломного медицинского образования новых руководств и учебных модулей по инфекционному контролю в свои учебные программы. Тренеры по семейной медицине помогали быстро распространять новые руководства по инфекционному контролю среди медсестер и врачей по всему региону.

Эти изменения в значительной степени повлияли на практику инфекционного контроля. Например, эпидемиологический надзор, проведенный СЭС и Республиканским Центром инфекционного контроля в противотуберкулезных лабораториях Чуйской области в Кыргызстане, показал, что из восьми районов и одного города все лаборатории, за исключением двух, более чем на 70% соответствовали рекомендованным мерам противотуберкулезного инфекционного контроля.

## ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА СТАНОВИТСЯ БЛИЖЕ К ДОМУ

Большинство туберкулезных санаториев на Западе закрылись в 1950-е, поскольку появились антибиотики, для лечения этой болезни, что сделало возможным лечение туберкулеза амбулаторно. Однако в Советском Союзе больных туберкулезом продолжали класть в больницу на весь курс лечения, который нередко длился больше года. Это влекло огромные и необязательные затраты для системы. В конце 1990-х USAID и другие доноры поддержали внедрение рекомендованного ВОЗ курса лечения под непосредственным наблюдением (DOT). Этот курс предполагает прием больным нескольких антибиотиков под чьим-то непосредственным контролем, обычно это медицинский работник. Благодаря внедрению DOT пациенты смогли выписываться из больницы на половине срока лечения и продолжать принимать необходимые антибиотики под наблюдением медработника.

В 2011-2012 гг. правительства Таджикистана и Кыргызстана попросили USAID помочь им в реализации рекомендаций ВОЗ, согласно которым лечение туберкулеза следует сделать полностью амбулаторным, чтобы повысить качество жизни пациентов, эффективность их лечения и снизить

расходы, связанные с госпитализацией. При новой системе госпитализация сохраняется для больных, клиническое состояние которых требует больничного ухода, а также для тех, кому не доступно необходимое лечение в амбулаторной форме.

В 2012 году и в Кыргызстане, и в Таджикистане начали внедрять полностью амбулаторное лечение туберкулеза. В Таджикистане уже на 40% сократили количество коек для больных туберкулезом. Когда USAID и партнеры приступали к внедрению амбулаторного лечения, технологический прорыв помог им решить главную задачу, связанную с диагностикой растущего числа больных формами туберкулеза, которые невозможно вылечить обычными лекарствами (так называемая множественная лекарственная устойчивость – МЛУ-ТБ). USAID приобрел новую технологию под названием GeneXpert для учреждений в Таджикистане и Кыргызстане и организовал обучение лаборантов в Туркменистане. Внедрение этого нового инструмента позволило медикам не за месяцы, а за часы определять, какая форма туберкулеза у того или иного пациента – активная, лекарственно устойчивая.

Использование GeneXpert в первый год продемонстрировало эффективность метода экспресс-диагностики туберкулеза, в том числе с множественной лекарственной устойчивостью: по сравнению с микроскопическим анализом мокроты в пилотной точке в Ысык-Атинском районе Кыргызстана GeneXpert позволила выявить на 143% больше случаев туберкулеза. 96% больных в районе, лечение которых было полностью амбулаторным, в течение года успешно завершили курс. Государство сэкономило средства, избавившись от необходимости госпитализировать большое количество пациентов. Больные смогли продолжить обычную повседневную жизнь во время лечения. При этом показатели успешности лечения были гораздо выше, чем в тех частях страны, где госпитализация осталась нормой.

Во многом благодаря политическому диалогу и продемонстрированным USAID результатам правительство Кыргызстана включило переход на

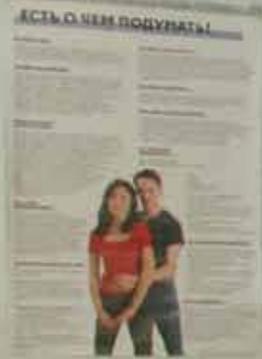
## КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА



**УСПЕШНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ  
СРЕДИ БОЛЕЕ 500 БОЛЬНЫХ,  
ПОСЕЩАЮЩИХ ГРУППЫ  
ПОДДЕРЖКИ**



полностью амбулаторное лечение туберкулеза в свои национальные планы. При поддержке USAID и других доноров систему GeneXpert установят во всех восьми областях республики до конца 2016 года. Таджикистан также планирует развернуть использование новой технологии в масштабе всей страны, чтобы большее число больных получило доступ к более простому, быстрому и эффективному тестированию на туберкулез. В результате болезнь будут выявлять и лечить в ее ранней стадии, ограничивая дальнейшее распространение.



**Эмчилүү**

- Наристенин алгачкы 6 айындагы өлүмү ачыкты сабыягыс азайт.
- Наристе үчүн зарыл бардык азык-тутактар өзүнө камтыйт. Ал жеңил саныз азык аш болууда.
- Наристени төмөнкүлөрдөн сактап:
  - энга-адамдын өсүүсүнө жакшы таасирин тийгизет.
  - азын-азыраак жуккан, оорулардан.
  - жүүштүү кундуздорунан.
- Инфекциялардан алат.
- Эмчек сүтү даамы дээр, ал жылуу, тазе жана оңкоо.

Наристени эмчек булагы катары колдоо берүүнүн жакшы таасири бар.

Жасалма тамактандырууда коштолукчу коркунучтар

- Эне - баланын жанындашуусунун шарт түзбөйт.
- Аллергиянын жана сүтү сөмкөсү арбагындагы болушу жогору.

Төрөттөн кийинки алгачкы 6 ай ичинде кош бойлуулуктан сактап турат.

- Алдардын ден соолугун сактап, төмөнкү коркунучтарды:
  - аз кандуулукту,
  - эмчектин башталгыч жана эмелик урук бездеринин рак оорусун азайтат.
- Кээ бир өнөктө оорулардын өөрчүү коркунучу жогору.
- Салмактын ашыктыгы.
- Акыл-эстик өнүгүүнүн деңгээлинин төмөндүгү.
- Аз кандуулуктун, эмелик урук жана сүт бездеринин рак оорусунун пайда болуу коркунучу жогору.



# УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К ПЛАНИРОВАНИЮ СЕМЬИ

Позволить парам решать, когда и сколько рожать детей и рожать ли вообще, - очень важно для безопасного материнства и здоровья семьи. Расширение доступа к услугам по репродуктивному здоровью, включая добровольное планирование семьи, несет огромную пользу семьям и сообществам в медицинском, экономическом и социальном плане. USAID работает по всему миру, помогая странам удовлетворять потребности в современных методах контрацепции посредством предоставления доступа к надежным способам планирования семьи женщинам, которые не спешат с первой беременностью, желают сами устанавливать промежутки между деторождениями или больше не хотят иметь детей.

В Центральной Азии первые шаги по обеспечению доступа к эффективному планированию семьи и сокращению числа абортов предпринял Фонд народонаселения ООН. USAID совместно с UNFPA и другими донорами работал над решением конкретных вопросов в области планирования семьи, которые были актуальны для региона.

В республиках Центральной Азии на заре их независимости выбор современных методов планирования семьи и доступ к ним

были ограничены. Как и везде в бывшем Советском Союзе, распространенным способом планирования семьи был аборт. В некоторых частях региона было принято использовать внутриматочную спираль (ВМС) без согласия женщины. При этом женщины из сел, которые все же хотели воспользоваться ВМС, должны были ехать в город, чтобы применить современное средство, обратившись к штатному гинекологу в медицинской организации. Кто-то просто не мог позволить себе такие поездки.

Чтобы все пары в Центральной Азии могли получать высококачественные консультации и те средства планирования семьи, которые пожелают, USAID проводил работу по интегрированию услуг по планированию семьи в систему ПМСП с целью расширить доступ и к самим контрацептивам, и к точной информации о современных методах контрацепции.

USAID организовывал обучение планированию семьи для тренеров по семейной медицине. Агентство также обучило более 200 акушерок в селах для расширения услуг планирования семьи для женщин, которые реже других получали их. Врачей и медсестер родильных домов инструктировали, как консультировать по планированию семьи после аборта или после родов. USAID предоставлял ограниченное

количество контрацептивов и работал с такими партнерами, как UNFPA, над тем, чтобы по всему региону пациентам были доступны товары для репродуктивного здоровья.

В то же время USAID следил за тем, чтобы научно обоснованные национальные протоколы и политика по современным методам планирования семьи были у каждой республики Центральной Азии. Кроме этого, USAID стремился сделать так, чтобы местные тренеры по планированию семьи в каждой из этих стран могли проводить обучение, закрепляющее наставничество и мониторинг применения протоколов и политики.

Все эти изменения сыграли роль в улучшении ситуации для женщин регионов.

- В Кыргызстане стремительно выросло количество консультаций по планированию семьи после родов – с 57% в 2006 году до 88% в 2008-м.
- Также в Кыргызстане доля сельских районов, где нет гинекологов и где теперь оказывают услуги по планированию семьи благодаря тренингам USAID, выросла с 8 до 69% между 2005 и 2008 годами.
- По всему региону упало количество абортов, как показано на графике на странице 55

“ТЕПЕРЬ Я МОГУ СТАВИТЬ И УБИРАТЬ ВНУТРИМАТОЧНЫЕ  
КОНТРАЦЕПТИВЫ, ВЫДАВАТЬ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ  
ТАБЛЕТКИ, ПРЕЗЕРВАТИВЫ, ДАВАТЬ СОВЕТЫ.”

Догунбубу, акушерка, Кыргызская Республика

“КО МНЕ ПРИХОДЯТ ЖЕНЩИНЫ И СПРАШИВАЮТ: «ПОЧЕМУ  
ВЫ НЕ МОГЛИ ДЕЛАТЬ ЭТОГО РАНЬШЕ? СКАЖИТЕ СПАСИБО  
ТЕМ, КТО НАУЧИЛ ВАС ВСЕМУ ЭТОМУ. НАМ ЭТО ДЕШЕВЛЕ,  
ЧЕМ ЕЗДИТЬ В ГОРОД.”

Чинара, акушерка, Кыргызская Республика

Несмотря на описанное расширение доступа к услугам и рост их использования, остается еще немало проблем. Планирование семьи пока еще не в полной мере интегрировано в систему ПМСП, нет согласованности между специалистами и семейными врачами. Для решения этой проблемы необходимо совершенствовать учебные программы для будущих врачей.

В то же время представители уязвимых групп населения, такие как мигранты, молодежь, малоимущие, продолжают сталкиваться с проблемой ограниченного доступа к контрацептивам, а в некоторых случаях к тому же не до конца понимают саму идею современного планирования семьи. Определенный прогресс достигнут, в частности, в Туркменистане и Кыргызстане. Однако в большинстве республик Центральной Азии недорогие или бесплатные контрацептивы доступны в рамках государственных программ только благодаря пожертвованиям международных организаций. Из-за подобных барьеров, а также, возможно, из-за возврата к традиционно многодетным семьям в Центральной Азии процент женщин репродуктивного возраста, пользующихся современными средствами контрацепции, все еще слишком мал, что подтверждают большинство последних отчетов о демографическом здоровье в Кыргызстане и Таджикистане.

И все же после ухода из региона программ USAID по планированию семьи и репродуктивному здоровью там остаются созданные ими руководства, стратегии, а также множество обученных инструкторов и врачей. Это наследие

поможет Центральной Азии продолжить тот путь, который позволит всем женщинам выбирать лучшие средства для поддержания своего репродуктивного здоровья.



## СНИЖЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА АБОРТОВ ПО ВСЕМУ РЕГИОНУ

● 1994-1995 НА 1 000 ЖИВОРОЖДЕННЫХ  
● 2011-2012



Источник: база данных «Европейское здравоохранение для всех»



**День борьбы против СПИДа**  
**Целевая задача: Ноль**

**0** НОЛЬ НО  
НОЛЬ ДИС  
НОЛЬ СМ

## БОЛЕЕ БЫСТРОЕ И ПРОСТОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ НА ВИЧ

Несмотря на значительные инвестиции в развитие тестирования на ВИЧ и консультирования в Центральной Азии, уровень прохождения тестирования среди целевых групп высокого риска не достигал и 2% от общего объема тестирования на ВИЧ в странах Центральной Азии. Работники здравоохранения по всему региону сообщали, что многие из тех, у кого был диагностирован ВИЧ, обращались за медицинской помощью на последних стадиях заболевания, то есть когда уже болели СПИДом.

Поскольку исследования показали, что наиболее эффективным способом охватить больше целевых групп населения является обеспечение тестирования в сообществе и за стенами медицинских организаций, USAID помог партнерам организовать проведение экспресс-тестирования на ВИЧ в неправительственных организациях Кыргызстана и в учреждениях ПМСП в Таджикистане, которые уже обслуживали целевые группы населения. В Таджикистане USAID также сотрудничал с мобильными медицинскими группами Глобального фонда для расширения охвата услуг, включая экспресс-тестирование. В итоге сейчас в обеих странах тестирование проходит большее количество людей, подверженных высокому риску.

В Кыргызстане 19 НПО начали проводить экспресс-тестирование в 10 городах и уже провели 10 964 теста среди целевых групп с ноября 2013 года по март 2015-го.\*

- Эти НПО отметили наибольший рост объема тестирования среди мужчин, занимающихся сексом с мужчинами: количество проходивших тестирование среди них выросло с 30 человек в среднем в год до начала мероприятий вмешательства до 185 человек в первые пять месяцев пилотной работы.
- Исследование, проведенное в апреле 2013 года, выявило, что предоставление экспресс-тестирования неправительственными организациями способствовало улучшению сотрудничества между НПО и Центром СПИД в подавляющем большинстве мест, где внедрялась пилотная программа. Также выяснилось, что программа повысила способность поставщиков услуг возвращать на лечение и под наблюдение пациентов, которые ранее ушли из медицинских организаций.
- Ключевые группы также сообщали, что были очень довольны услугами, которые получали в НПО, отмечая, что благодаря возможности проходить тестирование у знакомых им людей в НПО, которым они могли доверять, они чувствовали себя комфортнее в процессе тестирования и при получении результатов.

## НИЧЕГО ДЛЯ НАС БЕЗ НАС

При поддержке USAID люди, живущие с ВИЧ, и те, кто получает медикаментозное лечение от наркотической зависимости в Центральной Азии, сформировали советы представителей сообществ (СПС). СПС – это группы клиентов со схожими потребностями, работающие рука об руку с руководством организаций здравоохранения, помогая делать обслуживание в них более дружественным для пациентов. Работа этих советов способствует повышению вероятности того, что больные будут обращаться за помощью и возвращаться в лечебные организации. СПС могут помогать тем, кто наиболее подвержен риску контакта или заражения ВИЧ и, тем не менее, избегает обращаться к медицинским работникам, боясь осуждения, или не задерживаются в медицинских организациях, поскольку там не учитывают их особые потребности.

Всего в регионе было создано 13 таких СПС. Каждый из них приступил к решению наиболее проблем, которые сказывались на качестве лечения тех, кого они представляют. В Алматы (Казахстан) СПС Городского центра СПИД смог убедить организацию направить имеющиеся средства на закупку нового оборудования для клинического мониторинга, позволяющего точно определять количество

\* Bolotbaeva, Aisuluu. 2013. Mid-term review of pilot NGO-based voluntary counseling and rapid testing for HIV program in Kyrgyz Republic. United Nations Development Programme Grant Implementation Unit, Bishkek, Kyrgyzstan. [Unpublished draft]

## ПОДХОД USAID К БОРЬБЕ СО СПИДОМ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ



Объединенные усилия большой группы международных и местных субъектов, включая Глобальный фонд, USAID, CDC, правительств стран региона и других доноров, не дали ВИЧ-инфекции распространиться на общее население Центральной Азии. Сегодня ВИЧ сосредоточен прежде всего в так называемых ключевых группах населения, таких как мужчины, занимающиеся сексом с другими мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и трансгендеры. Чтобы реагировать на запросы этих групп, помогая им получать лечение и не отказываться от него, USAID в последовательном сотрудничестве с национальными центрами СПИД по всей Центральной Азии работал над созданием системы лечения ВИЧ, которая была бы больше ориентирована на пациентов и дружелюбнее к ним. Эта работа способствовала укреплению систем направления, которые позволяли гражданскому обществу и государственным органам работать вместе, обеспечивая пациентов доступом к необходимым им услугам. В то же время усилия USAID были направлены на усиление сообществ целевых групп, чтобы дать им возможность эффективно отстаивать свои интересы и потребности.

В первые годы в рамках своей деятельности USAID поддержал исследование реальных проблем, затрагивающих ВИЧ-инфицированных, и систем, в которых они получали лечение. Кроме того, USAID содействовал разработке систем мониторинга и оценки, включая создание

единой системы эпидемиологического надзора, которую все государственные организации могут использовать для организации мер против ВИЧ-инфекции. Когда ответственные лица приняли лечебные протоколы и стандарты ухода, USAID предоставил техническое руководство и поддержку. Для внедрения новых стандартов и совершенствования диагностики и лечения в медицинских организациях USAID организовал обучение и наставничество для медицинского персонала. Совместно с проектом CDC "SUPPORT" USAID оказал целевую поддержку для повышения традиционно низкого уровня тестирования на ВИЧ среди ключевых групп населения в Центральной Азии.

В последние годы USAID совместно с партнерами работал над реализацией национальной политики, устанавливающей комплексный набор услуг, которые должны быть доступны каждой ключевой группе населения для диагностики, лечения и получения вспомогательного ухода при ВИЧ. Этот комплексный пакет составлен в соответствии с руководствами ВОЗ, Управления ООН по наркомании и преступности (UNODC) и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS). В рамках процесса разработки пакета USAID вместе с НПО проводил семинары в каждой из стран, чтобы определить, какую помощь гражданское общество может оказать в предоставлении каждой из услуг, включенных в комплексный набор. Формирование официальной, основанной на политике роли гражданского

общества стало новшеством в программных мероприятиях по ВИЧ в Центральной Азии и сигнализирует о стремлении реализовывать меры, более ориентированные на пациентов. Три комплекта комплексных наборов были разработаны в Казахстане, Кыргызстане и Таджикистане. Один из них рассчитан на потребителей инъекционных наркотиков, второй – на работников коммерческого секса, третий – на мужчин, занимающихся сексом с мужчинами.

Хотя весь масштаб воздействия таких изменений в политике еще предстоит оценить, Центральная Азия уже стала мировым лидером в разработке планов и политики по полноценному внедрению комплексных пакетов услуг для целевых групп населения. Учитывая полный объем содержимого комплексных пакетов, любой потребляющий инъекционные наркотики, занятый в коммерческом сексе или относящий себя к мужчинам, занимающимся сексом с мужчинами, может получить весь ассортимент услуг по профилактике, диагностике, лечению и уходу при ВИЧ, предусмотренных законодательством. С точки зрения обслуживания отдельного человека, работа USAID в этом направлении помогла обеспечить доступ к здравоохранению в качестве одного из прав человека. С точки зрения эпидемиологии, USAID усилил национальные мероприятия по борьбе с ВИЧ, сделав еще один шаг к обеспечению беспрепятственного доступа к медицинскому обслуживанию для целевых групп населения.

клеток Т-4. Эти клетки, также известные как клетки CD4+, представляют собой вид белых кровяных телец – лейкоцитов, которые помогают защищать организм человека от вирусной инфекции. Уменьшение количества лейкоцитов означает, что иммунная система не функционирует на должном уровне. После установки нового прибора в Алматы в 2014 году результаты анализа получили 5 тыс. человек.

В Душанбе (Таджикистан) СПС, представляющий получателей медикаментозного лечения от наркотической зависимости, работал с представителями клиники, добиваясь прекращения преследования со стороны правоохранительных органов. В обеих странах члены СПС рассказывали, что их усилия привели к повышению доступности медикаментозного лечения для пациентов с ВИЧ.

Благодаря СПС эти подверженные риску и изолированные сообщества смогли добиться уважения их взглядов, учета их мнения поставщиками медицинских услуг, поскольку те стремятся повысить доступность и качества обслуживания своих пациентов. Это вдохновляющее движение – одно из тех, которые USAID стремится продолжать и расширять по мере того, как государства укрепляют свои национальные программы борьбы с ВИЧ.

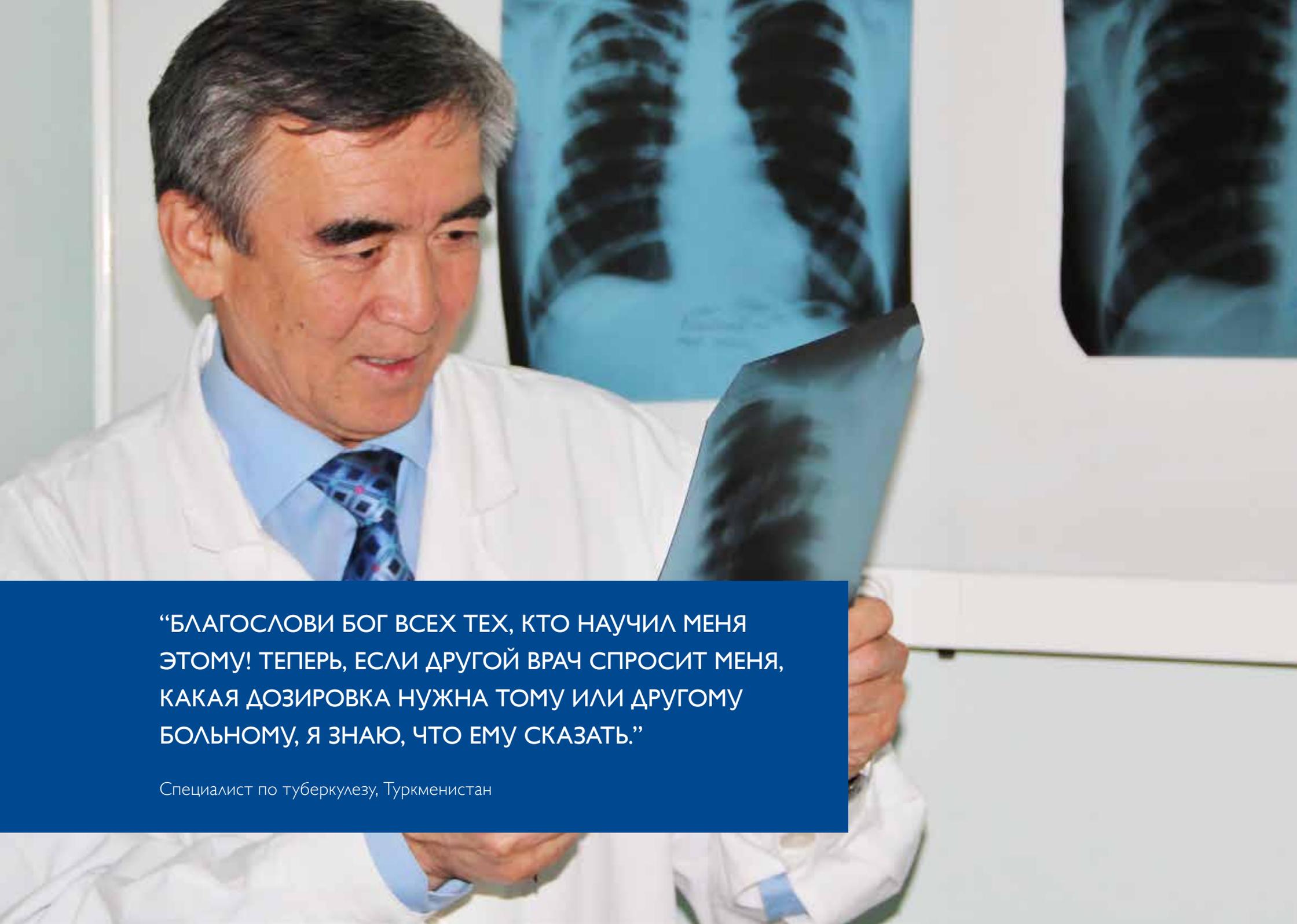
## БЕЗОПАСНЫЕ, ЭФФЕКТИВНЫЕ И ДОСТУПНЫЕ ЛЕКАРСТВА

С переходом республик Центральной Азии к рыночной экономике в этих странах появлялись тысячи новых, зачастую незарегистрированных, лекарственных препаратов из-за чего и врачам, и больным было сложно находить безопасные и эффективные лекарства. USAID осуществил ряд мер по улучшению доступности, качества, контроля и использования медикаментозного лечения в регионе. У агентства в этом деле было много помощников, в том числе – Альянс за прозрачность лекарственного обеспечения, «Фармацевты без границ», ВОЗ, Азиатский банк развития, Международный центр программ профилактики и лечения СПИДа (ICAP)/CDC.

USAID и партнеры помогали открывать центры информации о лекарствах в Казахстане, Таджикистане и Узбекистане, чтобы там проводили исследования, разрабатывали необходимые инструкции по лечению и предоставляли их медицинским работникам и потребителям. Эти центры работали с экспертами USAID над созданием и продвижением перечней жизненно важных лекарственных средств для каждой страны Центральной Азии, помогая ограничивать повсеместное использование препаратов, действие которых не было научно обосновано. Кроме этого, USAID работал с

национальными партнерами над повышением доступности медикаментов, включенных в указанные перечни, и снижением их стоимости, улучшая потенциал для планирования и управления запасами и заказами, нередко создавая для этого специальные автоматизированные системы. После внедрения такой системы для лекарственного обеспечения лечения ВИЧ в Таджикистане пациенты уже не сталкивались с проблемой отсутствия того или иного препарата. В результате число инфицированных ВИЧ, получающих медикаментозное лечение, выросло с 1 082 в 2011 году до 2 167 в 2015-м.

USAID также проводил работу в учреждениях, совершенствуя практику назначения препаратов врачами. Одним из таких мероприятий было продвижение рационального использования антибиотиков поставщиками услуг и их пациентами. USAID реализовал его совместно с партнерами из центров информации о лекарствах, Ассоциации семейных врачей Казахстана, Кыргызской ассоциации семейных врачей и медсестер, Ассоциации больниц Кыргызстана, а также с местными тренерами в Туркменистане и Таджикистане. Результаты работы в регионах впечатляли, демонстрируя снижение количества случаев необоснованного назначения антибиотиков.



“БЛАГОСЛОВИ БОГ ВСЕХ ТЕХ, КТО НАУЧИЛ МЕНЯ ЭТОМУ! ТЕПЕРЬ, ЕСЛИ ДРУГОЙ ВРАЧ СПРОСИТ МЕНЯ, КАКАЯ ДОЗИРОВКА НУЖНА ТОМУ ИЛИ ДРУГОМУ БОЛЬНОМУ, Я ЗНАЮ, ЧТО ЕМУ СКАЗАТЬ.”

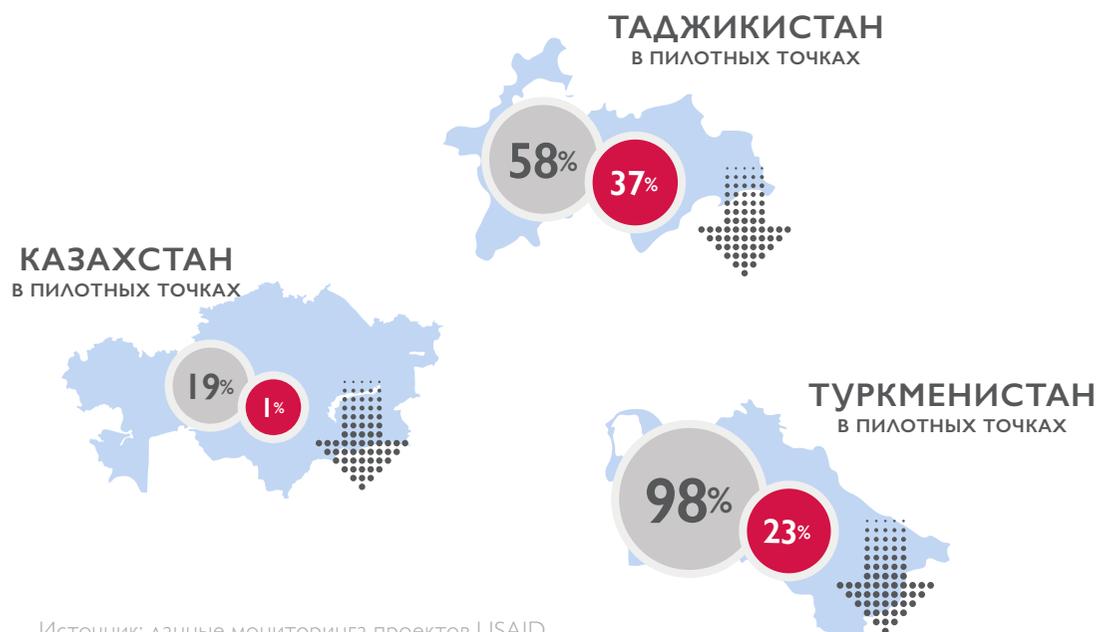
Специалист по туберкулезу, Туркменистан

Один из ведущих экспертов в области лечения инсультов в Кыргызстане рассказывал своим партнерам в USAID о невероятных результатах их совместной работы. После прекращения использования перенесшими инсульт всех препаратов, действие которых не было научно доказано, как предписывало новое национальное руководство, затраты на пациента сократились с 1 875 до 625 долл. США без ущерба эффективности лечения. Основную часть этих расходов несли сами больные. Именно такие изменения улучшают качество повседневной жизни больных по всей Центральной Азии благодаря вкладу USAID и его национальных партнеров.



## АНТИБИОТИКИ СТАЛИ НАЗНАЧАТЬ РЕЖЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБЫЧНОЙ ПРОСТУДЫ:

- **ДО** образовательных мероприятий проекта USAID по качеству
- **ПОСЛЕ** образовательных мероприятий проекта USAID по качеству



Источник: данные мониторинга проектов USAID.  
Работа проводилась в 2013-2014 гг.

## ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Много лет подряд USAID задействовал ресурсы частного сектора, чтобы продолжать осваивать финансирование правительства США для сектора здравоохранения Казахстана. С 2004 года USAID использует ресурсы частного сектора, сотрудничая с компанией ExxonMobil и Ассоциацией семейных врачей Казахстана для поддержки усилий Министерства здравоохранения Казахстана по повышению качества медицинского обслуживания граждан. Партнеры совместно обучали поставщиков медицинских услуг ведению распространенных заболеваний верхних дыхательных путей и диареи у детей, а также просвещали население относительно рационального использования антибиотиков. Такое сотрудничество позволило USAID охватить большее число людей своими мероприятиями. Оно также способствовало развитию рабочих отношений между местной профессиональной ассоциацией и этим партнером от частного сектора, что позволило расширить взаимодействие за рамками деятельности USAID в регионе.



“ОБУЧЕНИЕ, ОРГАНИЗОВАННОЕ ПРОЕКТОМ  
«КАЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ», УЛУЧШИЛО  
МОИ ЗНАНИЯ И НАВЫКИ, СВЯЗАННЫЕ С  
ГОСУДАРСТВЕННЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ,  
И ПОМОГЛО УСОВЕРШЕНСТВОВАТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ  
МЕЖДУ НПО И ГОСУДАРСТВЕННЫМИ СТРУКТУРАМИ.”

Елена Билоконь, руководитель НПО «Мой дом» и Казахстанской сети женщин,  
живущих с ВИЧ

## РАЗВИТИЕ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Сектор гражданского общества в новых независимых государствах Центральной Азии был слабым. Не было организаций, которые бы представляли простой народ и добивались расширения доступа, улучшения условий труда для работников здравоохранения, или же работали с группами населения, которые, возможно, не хотят ездить в медицинские организации соседних населенных пунктов. USAID понимал, что для укоренения в регионе политических и системных изменений необходимо развивать гражданское общество.

Во всем мире некоммерческие организации играют большую роль в информировании о проблемах здравоохранения. Они добиваются изменения законодательства и обслуживания в целях расширения доступа к лекарственным препаратам и услугам.

А также служат тем звеном, которое связывает изолированные группы населения с работниками здравоохранения. Для развития возможностей таких групп вносить свой вклад в совершенствования политики и практики здравоохранения, особенно в тех сферах, которые непосредственно их касаются, USAID поддержал НПО, участвующие в работе по политике здравоохранения и, помогающие больным, организовав для них последовательное обучение и мероприятия по развитию потенциала.

В начале 2000-х USAID и Фонд Сороса реализовали грантовую программу «Здоровые сообщества». В ее рамках НПО получали грантовое финансирование и техническую помощь для осуществления деятельности в сфере здравоохранения в сообществах во всех пяти республиках. К завершению программы ею было охвачено 296 организаций. Позднее USAID поддержал усиление организационного и технического потенциала НПО, работающих с ключевым населением. В Казахстане, где НПО, занимающиеся профилактикой и уходом при ВИЧ, грозила потеря финансирования из-за того, что республика потеряла право на дальнейшее получение грантов Глобального фонда, USAID и национальные партнеры организовали обучение и предоставили техническую помощь, позволившие организациям получать государственный социальный заказ в рамках долгосрочной программы государственного заказа в Казахстане. Государственный социальный заказ дает неправительственным поставщикам услуг возможность претендовать на подряды по выполнению работ в интересах общественности от имени правительства. USAID совместно с НПО «Жолдас» организовывал базовое обучение для других НПО и провел ряд круглых столов с участием НПО и правительства по увеличению количества социальных заказов

КАЗАХСТАН:



ФИНАНСИРОВАНИЕ  
ГОСУДАРСТВЕННОГО  
СЕКТОРА



НПО  
(НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ  
ОРГАНИЗАЦИИ)

2013-2014

18

**18 НПО  
ПОЛУЧИЛИ 1,3  
МЛН ДОЛЛАРОВ  
ОТ ПРАВИТЕЛЬСТВА  
НА РЕАЛИЗАЦИЮ  
ПРОЕКТОВ ПО ВИЧ  
ДЛЯ КЛЮЧЕВЫХ  
ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**



“ЖИТЕЛИ ИССЫК-КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ БЛАГОДАРНЫ USAID, ПОТОМУ ЧТО С ЕГО ПОМОЩЬЮ В ОБЛАСТИ БЫЛИ СОЗДАНЫ СЕЛЬСКИЕ КОМИТЕТЫ ЗДОРОВЬЯ... БЛАГОДАРЯ USAID НАМ СТАЛО ПРОЩЕ РЕШАТЬ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ В СВОЕМ СООБЩЕСТВЕ.”

Анара Абдразакова, специалист по улучшению здоровья, работающий в Иссик-Кульской области (Кыргызская Республика)

по профилактике ВИЧ. В результате 10 НПО получили финансирование для мероприятий по профилактике ВИЧ в 2013 году, и это успешное взаимодействие продолжилось. В рамках последних грантов (2013-2014 годы) 18 НПО, обученных USAID, и «Жолдас» получили от правительства 1,3 млн долл. США на реализацию проектов по ВИЧ для ключевых групп населения.

Кроме этого, USAID помог ряду некоммерческих организаций, в том числе Ассоциации семейных врачей Казахстана, Ассоциации групп семейных врачей и медсестер и Ассоциации больниц в Кыргызстане, выступать в качестве настоящих профессиональных объединений, представителей и помощников своих сторонников и клиентов. Все три организации представляют интересы своих сторонников, работают над улучшением функционирования сектора здравоохранения посредством обучения и мониторинга и вносят вклад в работу министерств здравоохранения по разработке политики.

Сегодня НПО всех типов принимают активное участие в деятельности по охране здоровья на большей части Центральной Азии. Все вместе – НПО, их клиенты и новые партнеры в правительстве – работают сообща, совершенствуя медицинское обслуживание, доступное всем.

\* Uzbekistan DHS Survey, 1996.

## РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ

Двадцать лет назад, когда USAID только начинал работать в Центральной Азии, больные часто скептически относились к качеству обслуживания и чувствовали себя жертвами неотзывчивой системы здравоохранения. Чтобы помочь больным ощутить, что они могут влиять на качество обслуживания, USAID внедрил различные механизмы, способствующие защите интересов, расширению выбора и повышению качества услуг, а также информированию общества о его здоровье.

На уровне политики USAID помогал правительствам внедрять системы свободного прикрепления пациентов к медицинским организациям, позволяющие больным на деньги государства обращаться к тому поставщику услуг, которого они сами выберут. При советской системе больные были ограничены в выборе и должны были обращаться к врачу, к которому были административно приписаны по месту жительства или работы. Свобода выбора, которую граждане обрели благодаря кампаниям свободного прикрепления, была быстро подхвачена по всему региону, и люди стали в массовом порядке записываться на прием.

Сотрудничая с государственными органами в каждой из республик, USAID проводил работу

с поставщиками услуг, некоммерческими и общественными объединениями для информирования населения об исключительном грудном вскармливании, дополнительном питании для беременных и профилактике ВИЧ. USAID поддержал многочисленные мероприятия, направленные на то, чтобы население лучше понимало основную информацию о здоровье, в том числе о симптомах, при которых следует обращаться к медикам, об опасных признаках у беременных женщинах или у маленьких детей и о возможных симптомах туберкулеза.

В Узбекистане USAID поддержал общественную образовательную кампанию по борьбе с анемией в Ферганской долине, где этим недугом страдают около 60% маленьких детей и женщин репродуктивного возраста. В основе кампании был состоящий из трех частей 70-минутный телесериал «Простые истины». Созданный собственными силами, он рассказывал об обычной узбекской семье, столкнувшейся с кризисом из-за анемии и рекомендаций врача по ее лечению. После многочисленных поворотов сюжета, включая подозрения в измене и раскол в семье, местный врач из организации ПМСП убеждает свекровь, что анемию в ее семье нужно лечить, и что она должна взять ответственность за лечение и правильное питание ее родных.

Влияние свекрови не только меняет привычное питание в семье, но и помогает семье воссоединиться.

USAID также оказывал помощь при создании групп поддержки больных. Убедившись в эффективности таких групп для повышения результативности лечения, и в Узбекистане, и в Таджикистане приняли законы, поддерживающие создание таких групп во всех противотуберкулезных больницах этих республик. Кроме этого, USAID помогал развивать сельские комитеты здоровья, которые дают гражданам возможность планировать и согласовывать инициативы по повышению качества медицинского обслуживания в своих селах. Эти мероприятия имели сильный эффект по всей Центральной Азии.

- Работа комитетов по просвещению населения в Кыргызстане охватила 60% сел, или примерно 2 млн человек.
- В Узбекистане работу таких комитетов взяли на себя и в настоящее время поддерживают Республиканский институт здравоохранения и медицинской статистики, Республиканский центр DOTS, Республиканский женский комитет и молодежное движение «Камолот». Эти группы задействуют сотни своих филиалов по всей республике в мероприятиях по мобилизации сообществ, побуждая людей, обнаруживших у себя симптомы туберкулеза, сдать необходимые анализы, и способствуя избавлению от предрассудков по отношению к больным туберкулезом.
- В Таджикистане USAID тесно сотрудничало с религиозными деятелями, лидерами сообществ, женщинами-активистами. Всего за один очень показательный квартал эти группы провели 369 информационных мероприятий, которые способствовали двукратному увеличению числа больных туберкулезом, которым поставили диагноз в пилотных точках USAID.



## РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ БОЛЬНЫХ:

В ТЕЧЕНИЕ СРОКА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА  
USAID «КАЧЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»  
(2010-2015):

ПО ВСЕМУ РЕГИОНУ



- В Туркменистане, где существуют более строгие ограничения в отношении деятельности общественных организаций, USAID сотрудничал с национальными партнерами, создавая и поддерживая деятельность четырех общественных центров социально-медицинской помощи, где для занятых в коммерческом сексе, мужчин, занимающихся сексом с мужчинами, и потребителей инъекционных наркотиков было организовано обучение по профилактике ВИЧ, консультирование и профессиональное обучение. С 2010 по 2014 год эти центры обслужили почти тысячу человек.

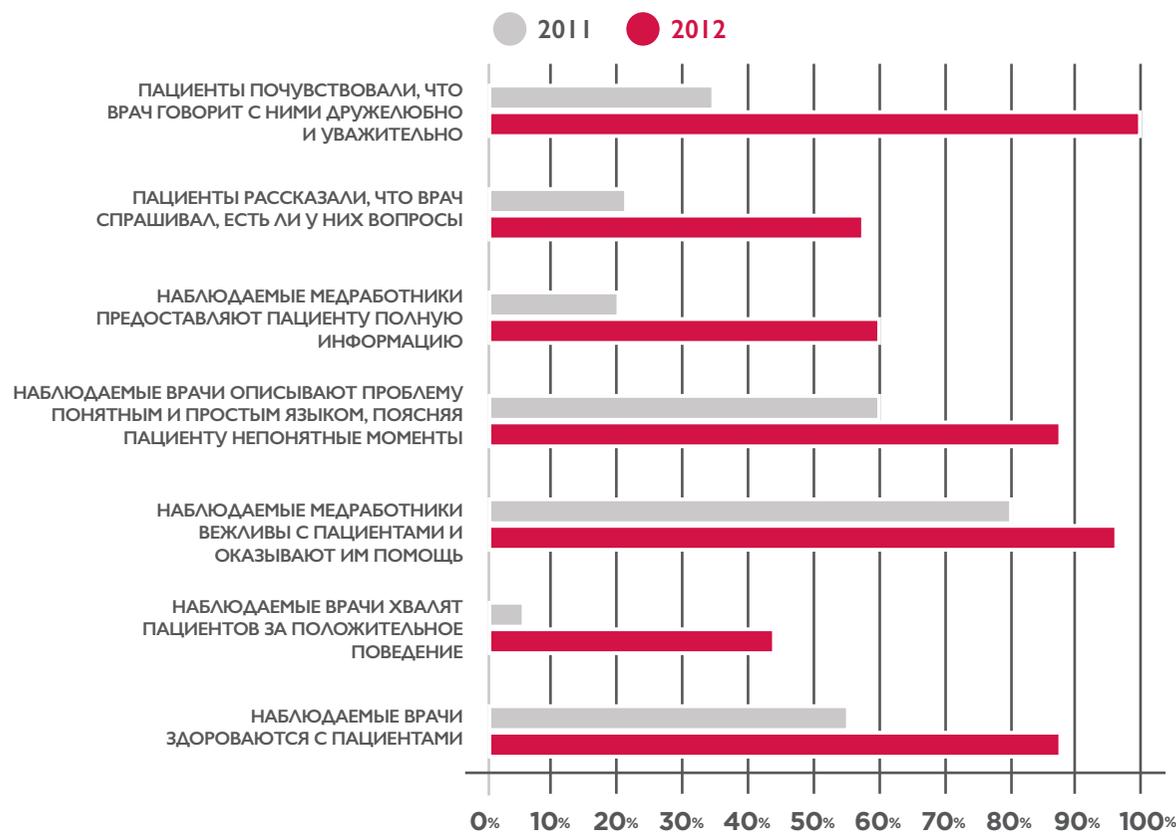
И наконец, чтобы работники здравоохранения могли эффективно обучать пациентов мониторингу состояния своего здоровья, USAID сформировал сеть тренеров по межличностному общению по всей Центральной Азии, которая охватила 10 669 медработников в период между 2003 и 2015 годами. График 18 отображает показательные данные одной из пилотных точек в Кыргызстане о количестве врачей, за работой которых велось наблюдение, и больных, прошедших обследование, до тренинга по межличностному общению в 2011 году и после тренинга – в 2012-м.

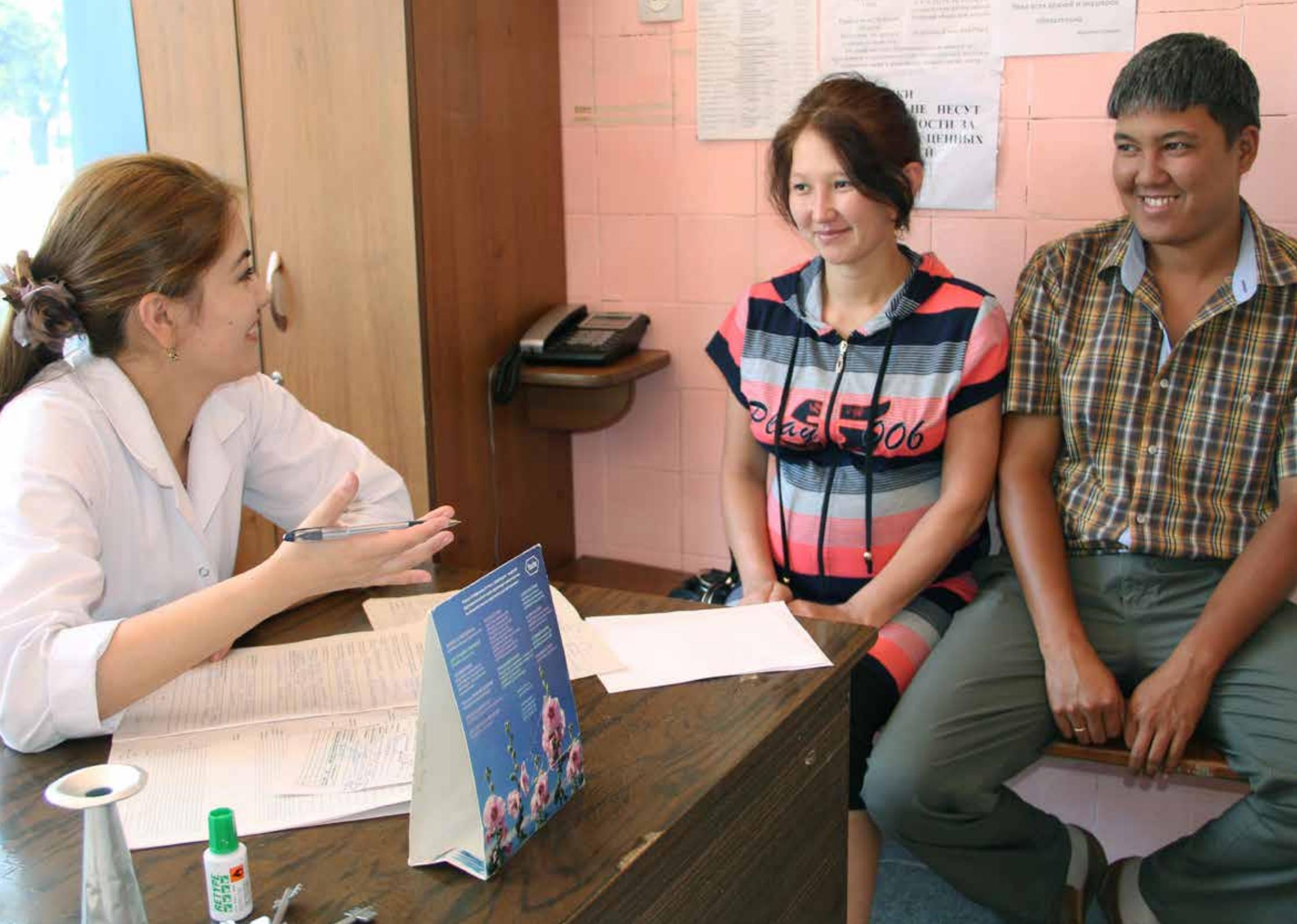
Такие результаты в Центральной Азии наблюдались везде, где проводилось обучение навыкам межличностного общения. В итоге

пациенты чувствуют себя комфортнее при контакте с поставщиками медицинских услуг и чаще обращаются к ним. Благодаря всем этим мероприятиям люди в Центральной Азии стали с

уважением относиться к системе здравоохранения и готовы обращаться в ее учреждения. Это в свою очередь делает граждан стран региона мощной силой для позитивных перемен.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НАВЫКОВ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ





## ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО

Гендерное равенство в получении медицинских услуг в Центральной Азии носило иной характер, нежели во многих других частях мира. Ранние исследования, которые проводили сотрудники проектов USAID, показывали, что женщины в 3-5 раз были более склонны обращаться ПМСП, чем мужчины. При высокой распространенности сердечно-сосудистых заболеваний по стране и большом разрыве в ожидаемой продолжительности жизни, когда у мужчин она короче, чем у женщин, регуляторы по возрасту и полу были необходимой частью государственной системы финансирования здравоохранения. Они были призваны стимулировать привлечение мужчин поставщиками услуг в организации ПМСП. Половозрастные поправочные коэффициенты также использовали для учета более частых обращений и большей потребности женщин репродуктивного возраста и детей в медицинской помощи.

В ходе выполнения своих проектов в области охраны здоровья в Центральной Азии USAID расширял права и возможности женщин, работающих в системе министерства здравоохранения, предоставляя им доказательные инструменты для принятия решений в политике здравоохранения и помогая внедрять новые системы финансирования медицины, которые позволяли министерству здравоохранения направлять средства на решение первоочередных задач. В течение этого времени USAID также проводил обучение женщин, занимающих руководящие должности в системе здравоохранения, готовил их к тренерской работе, усиливал их роль в качестве поставщиков медицинских услуг и побуждал их к лидерству и мобилизации их сообществ.

Работа по образованию населения в области охраны здоровья в регионе была направлена на необходимое вовлечение и мужчин, и женщин. В то время как женщины имеют доступ к медицинскому обслуживанию, динамика их семейной жизни зачастую не дает им принимать определенные решения, касающиеся их собственного здоровья и здоровья их детей. Если, к примеру, в семье редко бывает более дорогостоящая еда, ее прежде всего получают пожилые, затем мужчины моложе.

Кроме этого, часто молодые матери лишены права принимать решения относительно грудного вскармливания, начала приема твердой пищи, интервалов в деторождении и медицинской помощи при общих детских болезнях, поскольку слово свекрови имеет больший вес в этих вопросах. Но при этом женщина может повлиять на своего мужа или родителей, заставив их проверить свое давление или следовать предписаниям врачей. В этих условиях USAID стремился обучать семьи, чтобы в конечном итоге улучшать здоровье всего населения.

Дополнительная информация – в исследовании «Гендерный разрыв в использовании ресурсов медицинского обслуживания ПМСП в Центральной Азии»: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnadg935.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadg935.pdf).



## ОБМЕН ЗНАНИЯМИ ДЛЯ ЛУЧШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Деятельность USAID в нашей стране изменила наше понимание медицины. Раньше все наши знания основывались на информации, которую давали нам наши преподаватели. Благодаря содействию USAID у нас теперь есть возможность увидеть науку изнутри и понять, как ее можно применять в диагностике и лечении болезней.

Благодаря новому пониманию доказательной медицины мы можем лучше диагностировать различные состояния. Население нашей страны получает качественные медицинские услуги и лечение. Во многих случаях благодаря правильному лечению на раннем этапе мы не только быстрее идем на поправку, но еще и экономим средства. И нельзя забывать, насколько важно внедрение доказательных подходов к охране здоровья матери и ребенка. Благодаря поддержке, которую оказал USAID, значительно снизилась материнская смертность при деторождении.

Поработав рука об руку с техническими экспертами USAID, я теперь понимаю, что знания – это самое важное, что можно дать кому-либо. Некоторые донорские организации тратят большие деньги на здания и оборудование. Все это в определенной степени полезно для инфраструктуры, но рано или поздно инфраструктура рухнет, и вы больше не можете ею пользоваться. А новые знания помогают нам самосовершенствоваться, и полученные навыки всегда будут с нами.

Спасибо USAID и всем проектам Abt. Без вашей помощи мы не достигли бы того, что есть у нас сейчас.

*Профессор Шавкия Пашаджанова, руководитель Центра доказательной медицины при Таджикском государственном медицинском университете*



АНАТОМИЯ ТРАНСФОРМАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

# ВЫВОДЫ И УСВОЕННЫЕ УРОКИ

# ВЫВОДЫ И УСВОЕННЫЕ УРОКИ

Благодаря работе USAID и его партнеров за прошедшие 20 лет в жизни граждан республик Центральной Азии произошли как измеримые, так и неосозаемые улучшения. Опираясь на стратегическое планирование с участием национальных партнеров, пилотную реализацию и дальнейшее расширение масштабов, устойчивую работу на уровне политики и населения, USAID смог поддержать комплексные реформы здравоохранения в этих новых и сложных условиях. Выводы, сделанные на основе многолетнего опыта и подробно представленные далее, могут быть полезны для дальнейших преобразований в системе охраны здоровья.

## **1. УКРЕПЛЕНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОЛЖНО БЫТЬ КОМПЛЕКСНЫМ И ЗАТРАГИВАТЬ ВСЕ АСПЕКТЫ ЭТОЙ СИСТЕМЫ.**

Реформы только в финансировании не могут произвести необходимых изменений в системе медицинского обслуживания. В случае с Центральной Азией USAID и его партнеры в странах региона сочли необходимым переориентировать и перестроить саму основу системы здравоохранения, внедряя семейную медицину и интегрируя отдельные элементы системы, к примеру, службы по инфекционным заболеваниям и репродуктивному здоровью, в систему первичной медико-санитарной помощи. Комплексный подход к укреплению систем здравоохранения, разделяемый донорами и партнерами USAID в регионе, усилил результаты.

## **2. ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ДОЛЖНО БЫТЬ ЦЕЛОСТНЫМ, С ОСОБЫМ ВНИМАНИЕМ К ВРЕМЕННЫМ РАМКАМ.**

Реформы какой-либо одной сферы здравоохранения и происходящие вместе с ними изменения затрагивают и другие аспекты системы здравоохранения, приводя к ясному пониманию того, что реформы нужно тщательно координировать, так, чтобы одни реформы не слишком обгоняли другие, а их реализация не выходила за рамки имеющихся возможностей.

## **3. ПОЭТАПНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ СПОСОБСТВУЕТ УСПЕХУ, ДРОБЯ ДОЛГОСРОЧНЫЕ ЦЕЛИ, КОТОРЫЕ КАЖУТСЯ НЕПОМЕРНЫМИ, НА ВЫПОЛНИМЫЕ ЧАСТИ.**

Завершение каждого шага в реализации реформ позволяет продемонстрировать успехи, привлекая поддержку на местах и позволяя реформам набирать силу для более масштабных преобразований.

## **4. МЕСТНЫЕ ПАРТНЕРЫ, ТАК ИЛИ ИНАЧЕ, ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВОВЛЕЧЕНЫ ВО ВСЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ И ЗАПУСКА МЕРОПРИЯТИЙ.**

Это важно, даже несмотря на нехватку времени, чтобы уделить полное внимание действиям в рамках реформ. Усиление потенциала нарастает, в том числе благодаря повседневной работе по реализации реформ.

## **5. У КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ СТРУКТУРИРОВАННАЯ И ПОНЯТНАЯ РОЛЬ В ОХРАНЕ СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ.**

Потребности бенефициаров проектов, финансируемых донорами, часто отодвигают на второй план ради приоритетных задач донора или исполнителя. Представители ключевых групп населения должны иметь возможность защищать и продвигать свои интересы и, где это возможно, предоставлять свои услуги.

## **6. СОТРУДНИЧЕСТВО ГОСУДАРСТВА И НПО – ЗАЛОГ УСПЕХА ЛЮБОЙ ПРОГРАММНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ.**

Нельзя недооценивать сложность отношений государства и НПО. USAID достиг больших успехов в улучшении этих отношений, обучая работников государственных медицинских организаций и сотрудников НПО вместе,

создавая площадки для регулярных встреч руководителей организаций здравоохранения и лидеров НПО.

**7. В СТРАНАХ, ГДЕ НПО НЕ ТАК СИЛЬНЫ ИЛИ ВОООЩЕ ОТСУТСТВУЮТ, ОЧЕНЬ ВАЖНО РАБОТАТЬ С САМЫМИ РАЗНЫМИ МЕСТНЫМИ ПАРТНЕРАМИ, ЧТОБЫ ПРИВЛЕКАТЬ НАСЕЛЕНИЕ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДОБСЛУЖИВАНИЯ.**

Благодаря сотрудничеству с религиозными лидерами и такими организациями, как молодежные и женские комитеты, USAID смог обеспечить своей работе большой охват территорий и населения.

В Центральной Азии, как и в большинстве стран мира, есть проблемы в системе здравоохранения. Тем не менее, благодаря общим усилиям USAID, региональных партнеров и других доноров, прокладывающих дорогу к лучшему здравоохранению последние двадцать лет, у стран Центральной Азии есть четкий путь, по которому нужно следовать, продолжая реформы на благо своего населения. Устойчивые, комплексные изменения, происходящие и в городах, и в селах, говорят о том, что по мере укрепления местных институтов здравоохранение в республиках Центральной Азии в ближайшие годы будет становиться лучше, а жизнь их граждан – полнее и продуктивнее.

## ИСТОЧНИКИ

Если не указано иное, данные, включенные в настоящий документ, получены по итогам мониторинга, проводившегося сотрудниками проектов USAID в регионе в рамках повседневного проектного мониторинга.

Данные для общей информации о странах взяты из хранилища данных Обсерватории глобального здравоохранения Всемирной организации здравоохранения <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>; and World Bank <http://data.worldbank.org/>.

## ФОТО:

Фото обложки и на стр. 69 – Карла Хельд. Остальные фотографии – из архива проектов USAID в области здравоохранения, реализованных Abt Associates, Inc. Они сделаны многочисленными сотрудниками проектов за весь прошедший период.





**КУРГАК УЧУКТУ  
БИРГЕ ТОКТОБУЗ!**

КУРГАК УЧУК ЖӨТӨЛГӨНДӨ ЖАНА  
ЧҮЧКҮРГӨНДӨ АБА АРКЫЛУУ ЖУГАТ

2 ЖУМАДАН АШУУН ЖӨТӨЛСӨНҮЗ

- ЖАКЫНКЫ УДТ, ФАП, ҮМБДАГЫ МЕДИЦИНА КЫЗМАТКЕРИНЕ КАИРЫЛЫҢИЗ
- КАКЫРЫКТЫН ҮЧ ЖОЛКУ ТЕКШЕРҮҮСҮНӨН ӨТКҮЛӨ

**КУРГАК УЧУК АЙЫГАТ!**

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА КУРГАК УЧУКТУ ДАРЫЛОО БОЮНДА  
МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТТЫН ЖЕТКИЛИКТҮҮЛҮГҮНӨ УКУКТАРЫ

Курган уруу	Эркек	Эмгек	Кайыра?	Башкалар?	Кичини?
Малынакта	Амбулаториялык кызматкерден: 1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу			
Дары	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу
Диагностика	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу	1 жумада 1 жолу

**ОСТАНОВИМ ТУБЕРКУЛЕЗ  
ВМЕСТЕ!**

ТУБЕРКУЛЕЗ ПЕРИОДАСТАР ЧӨРӨЗ КӨЛӨҮӨ  
ТҮРҮ КАШПӨ И ЧАКАЛАН

ПРИ КАШПӨ БОЛЕЗ 2-3 НЕДЕЛӨ

- ОБРАТИТЕСЬ К МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ в ближайше ТСВ, ФАП, ЦСМ
- ПРОЙДИТЕ ТРЕХКРАТНОЕ ИСПЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ