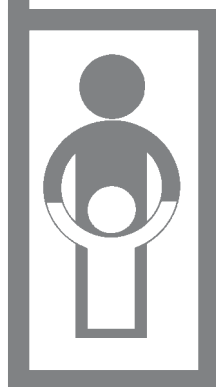


Иммунизация и реформа системы здравоохранения в Республике Кыргызстан

Отчет миссии ВОЗ, 1-12 марта 1999 г.

Члены группы:

Рэчел Филден	Консультант BASICS
Светлана Фирсова	Директор, Республиканский центр иммунопрофилактики
Гулин Гедик	ЕРБ/ВОЗ
Сахин Хусейнов	ЮНИСЕФ Азербайджан
Юрий Лисицин	ЗдравРеформа Алматы
Нооргул Сейткадиева	Координатор
Роберт Стайнгласс	BASICS, Руководитель группы



ОТДЕЛ ВАКЦИН И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ



*Всемирная организация
здравоохранения*



*ZdravReform
ЗдравРеформ*



BASICS



**Отдел вакцин и биологических препаратов выражает свою
благодарность донорам за неоценимую финансовую поддержку,
без которой разработка данного документа не
представлялась бы возможной.**

Данный документ подготовлен экспертами
Расширенной программы иммунизации
Отдела вакцин и биологических препаратов
совместно с **BASICS II, ЮНИСЕФ, ЗдравРеформа МЗ**
и **Европейским региональным бюро ВОЗ**

Код заказа ВОЗ/V&B/99.33
Отпечатано: декабрь 1999

С данным документом можно ознакомиться в Интернете
www.who.int/gpv-documents/

Копии можно получить во:
Всемирной организации здравоохранения
Отдел вакцин и биологических препаратов
СН-1211 Женева 27, Швейцария
Факс: +22 791 4193/4192 Эл. почта: vaccines@who.ch

Всемирная организация здравоохранения 1999

Настоящий документ не является официальным изданием Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Все права охраняются ВОЗ. Настоящий документ можно без ограничений рецензировать, воспроизводить и переводить частично или полностью. Настоящий документ нельзя продавать или использовать в коммерческих целях.

Ответственность за мнения, выраженные в документе названными авторами, несут исключительно эти авторы.

Карта: Обозначения и картографические материалы, включенные в данный документ, не отражают официальную точку зрения представителей Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса отдельных стран, территорий, городов, районов или правительств, а также делимитации границ отдельных государств. Пунктирными линиями представлены приблизительные границы, по которым может не быть окончательного соглашения.

Содержание

<i>Список рисунков, схем и таблиц</i>	<i>v</i>
<i>От авторов</i>	<i>vi</i>
<i>Акронимы и глоссарий</i>	<i>vii</i>
<i>Краткая аннотация</i>	<i>xi</i>
1. Введение	1
2. Историческая справка	2
3. Цели и задачи	4
4. Методы и подходы	5
5. Социальная, экономическая и эпидемиологическая ситуация	8
6. Развитие сектора здравоохранения с 1992 по 1999 гг.	11
6.1 Основные реформы в секторе здравоохранения	11
6.2 Переориентация специалистов первичного медико-санитарного звена на семейную медицину	17
6.3 Переориентация потребителей медицинских услуг на новую систему	20
6.4 Финансирование служб здравоохранения.....	21
6.5 Реформы службы иммунизации в 1992-1995 гг.	22
6.6 Краткий обзор: в чем заключается реформа сектора здравоохранения в Республике Кыргызстан?	25
7. Как осуществляется иммунизация детей	26
8. Риски и возможности	30
8.1 Календарь проведения иммунизации: перспектива, от которой выигрывают все	30
8.2 Шприцы	32
8.3 Уровень охвата вакцинацией как индикатор качества	33
8.4 Информационные системы.....	36
8.5 Родительская карточка ребенка	37
8.6 Оборудование для хранения вакцины	37
8.7 Слабые звенья в финансировании	38
8.8 Участие СЭС в реформах здравоохранения.....	39
9. Рекомендации	41

10. Список литературы.....	43
Приложение 1 Иммунизация и реформы сектора здравоохранения в Европейском регионе (включая ННГ)	49
Приложение 2 График проведения встреч и информация об участниках	55
Приложение 3 Краткая справка о Республике Кыргызстан	59
Приложение 4 Ожидаемая нагрузка и количество больных, обслуживаемых специалистами первичного медицинского звена, и эквивалент полной занятости (ЭПЗ)	62
Приложение 5 Дебрифинг для Министра здравоохранения Республики Кыргызстан, 12 марта 1999 г.	64

Список рисунков, схем и таблиц

Схема 1	Функции служб вакцинопрофилактики и иммунизации на национальном уровне	6
Схема 2	Упрощенная схема реформ в системе здравоохранения Республики Кыргызстан	15
Рис. 1	Соотношение ВВП и случаев дифтерии (Слайд)	8
Рис. 2	Временной график проведения мероприятий в секторе здравоохранения в Республике Кыргызстан	12
Рис. 3	Организационная схема Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан	23
Рис. 4	Службы системы здравоохранения и штатные работники СЭС	28
Рис. 5	Вовлеченность населения	35
Рамка №1	Цель и задачи иммунизации	7
Рамка №2	Миграция населения и ее влияние на службы иммунизации	9
Рамка №3	Апробация ИСУ в Аламудунском районе д-м Верой Ивановной Михаченко, руководителем Отдела эпидемиологии, Аламудунская районная СЭС	24
Рамка №4	Календарь иммунизации в Республике Кыргызстан	27
Рамка №5	Показатель качества работы, предложенный АВСП	34
Рамка №6	Эффективность профилактики как средства борьбы с заболеваниями	40
Таблица 1	Планируемая лечебная нагрузка и количество человек, обслуживаемое врачами разных специальностей, и ЭПЗ	62

От авторов

Авторы выражают благодарность всем, принявшим участие в проведении и организации данной миссии, не только в Республике Кыргызстан (См. раздел «Графики проведения встреч» в Приложении 2), но и также во время ее подготовки за своевременные ответы на телефонные звонки и электронные сообщения, предоставление необходимых документов и высказанные предложения. За помощь во время подготовительной фазы мы выражаем признательность Майклу Боровитцу, Джейн Хейкок, Джудит Хили, Кэрол Хоппи, Сергеем Литвинову, Яну МакАртуру, Патриции Мозер, Шейли О’Догерти, Мартину Тейлору, Абделмахиду Тибути, Мюррею Тростле и Майклу Заффрану. Комментарии и ответы, полученные при проведении встреч в Кыргызстане, и выступления в Женеве, Копенгагене и Вашингтоне также внесли вклад в представленный отчет, и мы выражаем благодарность всем участникам данных встреч.

Акронимы и глоссарий

СШ	саморазрушающийся одноразовый шприц
BASICS	аббревиатура, образованная из начальных букв английского названия Basic Support for Institutionalizing Child Survival, проект, финансируемый АМР США и осуществляемый Партнерством по детскому здоровью (Джон Сноу Инкорпорейтед, Наука на службе здоровья и Академией развития образования)
БЦЖ	бацилла Кальметта-Герена (противотуберкулезная вакцина)
ЦАР	Центрально-азиатские республики (Казахстан, Республика Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан)
DALY	число лет потерянных с учетом нетрудоспособности
DLY	КСН корректировка на снижение трудоспособности
АКДС	анатоксин коклюшно-дифтерийно-столбнячный
АДС	дифтерийно-столбнячная вакцина
РПИ	Расширенная программа иммунизации (ВОЗ)
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт; низшее медицинское подразделение в системе здравоохранения, состоящее из фельдшера и сестры-акушерки, проводящих лечение и консультации на дому. ФАПы курируются сельскими участковыми больницами (СУБ), сельскими врачебными амбулаториями (СВА), а также поликлиниками и районными СЭС в зависимости от их расположения
фельдшер	младший медицинский персонал (медицинский работник без высшего образования и квалификации в определенной области), прошедший подготовку для работы в сельских лечебных учреждениях (см. ФАП)
ВСП	врачи семейной практики
АВСП	Ассоциация врачей семейной практики
СБСС	Страны бывшего Советского Союза

ЭПЗ	эквивалент полной занятости
ВВП	внутренний валовой продукт
ГПВ	Глобальная программа по вакцинации и иммунизации (ВОЗ)
ФМС	Фонд медицинского страхования
ИОК	Информация, Образование и Коммуникация
МККИ	Межведомственный координационный комитет по иммунизации
МАНАС	народный эпос о Кыргыз Ханате, первом кыргызском государстве в VI-XIII вв. н. э., также имя главного героя эпоса
ИСУ	Информационная система управления
МЗ	Министерство здравоохранения
НККИ	Национальный координационный комитет по иммунизации
ННГ	Новые независимые государства, республики бывшего Советского Союза
НПИ	Национальная программа по иммунопрофилактике
Область	административная единица (провинция или район) ниже национального уровня
ОПВ	оральная полиомиелитная вакцина/вакцина Сэбина
ПМП	первичная медико-санитарная помощь
Приказ	официальное распоряжение или правило
Район	административная единица (район или округ) ниже областного уровня
РЦИ	Республиканский центр иммунопрофилактики
REACH	аббревиатура, образованная от начальных букв английского названия: Resources for Child Health, проект, финансируемый АМР США и осуществляемый Джон Сноу Инкорпорейтед, г. Арлингтон, шт. Вирджиния, США
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая станция (на уровне области, района или муниципалитета)
Сом	национальная валюта Республики Кыргызстан (30 сомов= 1 долл. США в марте 1999г.)
ЗППП	заболевания, передаваемые половым путем

СУБ	Сельская участковая больница: лечебный стационарный центр на 10-50 койко-мест и несколькими врачами в штате. Предлагает полный спектр первичных медико-санитарных услуг, а также акушерские и стоматологические услуги, курирует ФАПы, подчиняется Центральной районной больнице.
СВА	Сельская врачебная амбулатория: лечебное учреждение без стационарных коек, в штате которого состоят несколько врачей, акушер и медицинские сестры. Меньше, чем СУБ; курирует ФАПы, подчиняется Центральной районной больнице.
АДС-м	АДС с уменьшенным содержанием дифтерийного анатоксина
Участок	условная административная единица ниже районного уровня
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
АМР США	Агентство США по международному развитию
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОЗ/ЕРБ	Европейское региональное бюро ВОЗ
ЗдравРеформа	проект реформирования системы здравоохранения в ряде стран бывшего Советского Союза, осуществляемый при финансовой поддержке АМР США и технической помощи Abt Associates, Кеймбридж, штат Массачусетс, и Бетезда, центров Национального института здравоохранения в штате Мэриленд, США

Краткая аннотация

На проведенных в 1997 и 1998 г.г. заседаниях Межведомственный координационный комитет по иммунизации (МККИ) рекомендовал ВОЗ провести исследование результатов, полученных при осуществлении реформ в системе здравоохранения и их влияния на проведение иммунизации в трех новых независимых государствах (ННГ) и Восточной Европе. По поручению штаб-квартиры ВОЗ в Женеве экспертная группа из различных ведомств и организаций для выяснения ситуации по данному вопросу была направлена с миссией в Республику Кыргызстан, первую из трех стран, рекомендованных для посещения. Цель данной миссии заключалась в проведении анализа успешного функционирования служб вакцинопрофилактики и иммунизации в условиях проведения реформ в секторе здравоохранения. Экспертная группа:

- выявила и проанализировала изменения, произошедшие в службах вакцинопрофилактики и иммунизации;
- проанализировала, как население может получить доступ к высококачественным вакцинопрофилактическим услугам в условиях проводимых реформ в системе здравоохранения в Республике Кыргызстан;
- разработала методическое руководство и определила стратегические перспективы сотрудничества с агентствами и ведомствами по совершенствованию иммунизационной службы в целях усиления борьбы с заболеваниями в условиях реформирования системы здравоохранения.

Реформы системы здравоохранения в Республике Кыргызстан находятся в процессе осуществления, при котором используется гибкий и прагматичный подход, позволяющий вносить необходимые корректировки в зависимости от сложившейся ситуации. Для первичных звеньев медико-санитарной помощи, включая службы вакцинопрофилактики и иммунизации, самые большие изменения касались введения врачей семейной практики (ВСП) и создания ассоциаций ВСП. Данные профессиональные органы принимают активное участие в разработке стандартов и индикаторов лечения и оказывают значительное влияние на качество медицинских услуг. Ассоциации ВСП были созданы в Бишкеке, Чуйской и Иссык-кульской областях. Их цель – изменить существующие методы и подходы в работе специалистов первичного медико-санитарного звена, включая педиатров, а также оказание поддержки медицинскому персоналу. При выполнении данной миссии экспертная группа разработала политику и показатели непрерывной оценки реформ, проводимых в Республике Кыргызстан.

Правительство Республики Кыргызстан явилось инициатором многих реформ служб вакцинопрофилактики и иммунизации, проведенных после провозглашения независимости. Республиканский центр иммунопрофилактики (создан в 1994г.) отвечал за осуществление Национальной программы по иммунопрофилактике в 1994-2000гг., что привело к значительному улучшению качества услуг. Экспертная группа сделала вывод о необходимости продолжения работы по улучшению сети служб иммунизации для полной координации действий между иммунологами и специалистами в области реформы системы здравоохранения и предложила создать Национальный координационный комитет по иммунизации (НККИ) в качестве механизма для подобного взаимодействия. Министерство здравоохранения согласилось с созданием НККИ под председательством заместителя министра здравоохранения Республики. Министр принял рекомендации экспертной группы по:

- приоритетному развитию служб иммунизации и поддержке со стороны МЗ и Всемирного банка при осуществлении реформ в системе здравоохранения;
- постановке четких целей в области профилактики заболеваний в рамках осуществляемых реформ;
- использованию показателей охвата иммунизацией в качестве индикаторов мониторинга полученных результатов при проведении реформы в системе здравоохранения.

1. Введение

В марте 1999г. межведомственная экспертная группа прибыла в Кыргызскую Республику для проведения оценки состояния эффективности работы служб иммунизации в условиях проведения реформ в секторе здравоохранения. В состав экспертной группы входили представители из следующих организаций и ведомств: BASICS, ЮНИСЕФ, АМР США, ВОЗ, ЗдравРеформа и Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан. Рамочное соглашение представлено в Приложении 1.

Перед отъездом из Бишкека представители экспертной группы провели заключительный брифинг по результатам проделанной работы в Министерстве здравоохранения. В течение последующих трех недель представители группы познакомили с результатами проведенной миссии руководство ВОЗ и ЮНИСЕФ в Женеве, а также ЕРБ/ВОЗ и Межведомственный координационный комитет по иммунизации в Копенгагене, АМР США и представителей Всемирного банка, а также заинтересованных партнеров в Вашингтоне. В данном отчете представлены не только результаты, полученные в ходе проведенной миссии, но также подняты вопросы, которые затрагивались во время частых обсуждений с ключевыми партнерами.

2. Историческая справка

В основе проведения данной миссии лежит обеспокоенность за нормальное функционирование профилактических служб, таких как служба иммунизации, в условиях проведения реформ здравоохранения, а также насколько измененная структура и сфера ответственности работников здравоохранения может повлиять на эффективность работы подобных служб (см. Приложение 1). Применяемая политика и стратегии в области здравоохранения значительно варьируются в зависимости от конкретной страны. Многие методы профилактики для достижения эффективного результата требуют повсеместного применения, поэтому усилия экспертной группы были направлены на то, чтобы выявить в какой степени реформы влияют на общедоступность услуг вакцинопрофилактики и насколько население может пользоваться данными услугами.

Для новых независимых государств (ННГ) бывшего Советского Союза необходимо было сосредоточить усилия на изменении роли двух служб здравоохранения в широком контексте проводимых реформ (См. Схему 3):

- республиканской СЭС (Санитарно-эпидемиологической службы), отдела МЗ и его подразделений на областном и районном уровнях;
- педиатрической и сестринской службы, ответственной за детское здоровье, включая службу иммунизации, а также отделы здравоохранения, учебные институты и профессиональные ассоциации, оказывающие им поддержку.

Некоторые страны бывшего Советского Союза выбрали такой путь реформ, при котором упор при предоставлении медицинских услуг делается на рыночные механизмы (такие как выбор, открывающийся перед потребителем данных услуг и финансовые стимулы для провайдеров. Однако существует и некоторая опасность того, что рыночные механизмы, примененные к сектору здравоохранения, могут давать сбои).

Межведомственный координационный комитет по иммунизации (МККИ), секретариат которого находится в ЕРБ/ВОЗ, проводит ежегодные совещания по обмену информацией о достигнутом прогрессе в области иммунизации в Европейском регионе ВОЗ, включая Центрально-азиатские республики (ЦАР). На двух последних встречах в 1997 и 1998гг. МККИ рекомендовал:

- Всемирному банку и министерствам здравоохранения отнести иммунизацию к разряду приоритетных мероприятий при проведении реформ в секторе здравоохранения;
- сделать основными целями при проведении реформ здравоохранения профилактику заболеваний;
- создать механизмы для мониторинга результатов реформирования сектора здравоохранения.

Перед встречей комитета на высоком уровне в апреле 1999 в Белладжио, Италия, о принятии решения о дальнейших путях проведения иммунизации небольшая рабочая группа, состоящая из представителей ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирного банка, производителей вакцины и Фонда Рокфеллера, опросила 186 экспертов о перспективах и глобальных приоритетах в вакцинопрофилактике и иммунизации в следующем десятилетии. Участники опроса высказали мнение, что иммунизация должна оставаться приоритетной областью на всем этапе проведения реформ сектора здравоохранения.

Республика Кыргызстан была первой из трех стран, выбранных для посещения членами группы. Результаты, полученные при проведении данной миссии, лягут в основу разработки критериев для выбора других стран.

3. Цели и задачи

Цели и задачи данной миссии заключались в ознакомлении с ситуацией в странах, которые одновременно проводят реформы системы здравоохранения и совершенствуют основные службы государственного сектора услуг. Данная миссия состояла в сборе и анализе информации об эффективном проведении кампаний по иммунизации в условиях постоянного проведения реформ в системе здравоохранения. Экспертная группа внимательно изучила воздействие реформ на структурные и функциональные особенности проведения мероприятий по вакцинопрофилактике и иммунизации населения.

Необходимо подчеркнуть, что в задачу данной миссии не входило проведение оценки воздействия реформ на исход лечения пациентов. Во-первых, подобная оценка была бы слишком преждевременной (так как внедрение новых методов происходит поэтапно и еще не закончилось). Во-вторых, попытки вычлнить причинно-следственную связь чреваты проблемами. И, наконец, пребывание членов экспертной группы было слишком коротким, чтобы делать оценки о влиянии реформ здравоохранения на родителей при пользовании медицинскими услугами на муниципальном уровне; любая попытка провести подобную оценку должна включать данный уровень, принимая во внимание те изменения, которые имеют место в стране и новый феномен, связанный с внутренней миграцией (см. Раздел 5).

4. Методы и подходы

В экспертную группу входили члены, имеющие опыт проведения реформ в секторе здравоохранения в Республике Кыргызстан, опыт проведения кампаний по вакцинопрофилактике и иммунизации в Кыргызстане, опыт проведения реформ в системе здравоохранения и службах вакцинопрофилактике в других странах. Была собрана необходимая рабочая документация (см. Раздел 10). Данные документы плюс контакты с ключевыми специалистами помогли в составлении программы встреч и объектов для посещений. Графики проведения встреч и информация об участниках приводятся в Приложении 2.

Первый шаг состоял в понимании текущих целей и общего статуса реформ, а также их воздействии на ключевые функции, связанные с управлением службами вакцинопрофилактики и иммунизации (см. Схему 1).¹ Для выявления того, как реформы могли повлиять на качество медицинских услуг и на отношение к ним общества, в ходе осуществления данной миссии были использованы цели и задачи, указанные в Рамке 1.

¹ Данные функции были определены в 1997г. во время проведения аналогичной работы в Замбии и Уганде для ВОЗ/ГПВ/РПИ, BASICS/АМР США и ДАНИДА (Филден и Нильсен : 1998).

Схема 1: Функции служб вакцинопрофилактики и иммунизации на национальном уровне

Функция	Только на национальном уровне	Национальный и/или другие уровни
Разработка национальной политики, стандартов и методик и их распространение (например, руководств и инструкций)	Да	
Планирование координации действий на международном уровне (например, проведение НДИ)	Да	
Планирование стратегий по предоставлению услуг; пропаганда выбранного подхода среди медицинских работников и в других секторах		Координация действий на национальном и других уровнях, информирование об успешных решениях на местном уровне
Заявки на выделение средств федерального правительства; координация донорской поддержки		Желательно гарантировать равное распределение
Поставки; подготовка документов на проведение тендера, мониторинг качества продуктов, поставленных по тендеру (вакцины, оборудование, и расходных материалов)		Да
Закупка, таможенная очистка, хранение, управление запасами, распределение		Данные функции могут быть делегированы (как в Ю. Африке)
Прогнозирование, определение количества	Мониторинг необходимого количества согласно прогнозу	Начинается с прогнозирования на локальном уровне; на национальном уровне может быть представлена сводная отчетность; за общий объем заказанного могут нести ответственность другие лица (как в Ю. Африке)
Мониторинг, эпиднадзор и отчетность; разработка форматов для применения в национальном масштабе	Сведения данных, полученных с нижних уровней; ключевая роль в эпиднадзоре (ОВП, корь).	Местный персонал, находящийся вблизи пункта поставки, может быстро реагировать до того, как данные попадут на национальный уровень.
Координация исследований, связанных с иммунизацией	Направление данных в Европейское Региональное бюро ВОЗ.	
Организация и проведение оценки	Да; выбор тем, определение приоритетов и координация необходимых для наиболее эффективного использования ресурсов	
Подготовка без отрыва от производства; повышение квалификации	Да	Участие на низком уровне
Надзор	Квалификация определяется проводится политикой, принятыми стандартами и руководствами (См. Мониторинг и надзор)	Участие на национальном уровне в разработке программ; проведение подготовки может быть делегировано на более низкий уровень и осуществляться децентрализованно Полномочия могут быть делегированы

Рамка № 1: Цель и задачи иммунизации

Цель иммунизации:

Снизить уровень заболеваемости и смертности от болезней, предотвращаемых с помощью вакцин, при их использовании руководствоваться принципом «Не навреди!»

Сопутствующие задачи*:

Службы вакцинопрофилактики и иммунизации ...

- используют достаточно иммуногенную вакцину?
- правильно применяют вакцину?
- безопасно применяют вакцину?
- документируют применение надлежащим образом?
- применяют в период повышенной чувствительности или до экспозиции?

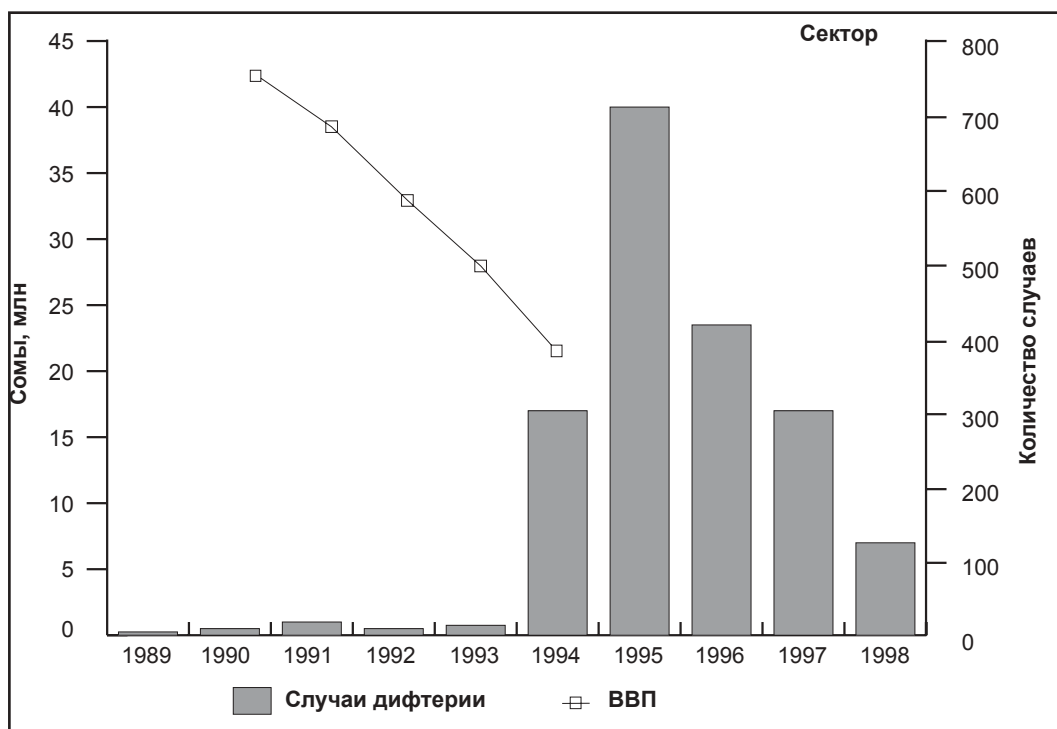
Все ли дети имеют доступ к средствам иммунизации и пользуются ими?
Удалось ли предупредить болезни, предотвращаемые с помощью вакцин?

* В недавнем обзоре РПИ для проверки данных аспектов был использован 61 вопрос.

5. Социальная, экономическая и эпидемиологическая ситуация

Республика Кыргызстан получила политическую независимость в 1991г. после распада Советского Союза. Краткая справка о республике представлена в Приложении 3. После обретения независимости большая часть старой административной и управленческой инфраструктуры нуждалась в коренной перестройке, чтобы соответствовать новым реалиям. На Рис. 1 представлены два показателя последнего десятилетия: реальный внутренний валовой продукт (ВВП) и количество случаев дифтерии.

Рис. 1: Соотношение ВВП и случаев дифтерии



За прошедший период реальный ВВП постоянно падал, и Кыргызстан предпринял попытку начать осуществление программы по экономической стабилизации и проведению структурных реформ, включая приватизацию, перестройку государственных предприятий, а также проведение реформы в финансовом секторе и сфере услуг (управления общественным сектором). Торговый дисбаланс привел к дефициту медикаментов и других расходных материалов, а реальное падение зарплаты у государственных служащих до сих пор продолжает оставаться серьезной проблемой. Проблемы в сфере здравоохранения и масштабный экономический спад привели к ухудшению здоровья населения. Падение российского рубля в ноябре 1998 вызвало глубокий экономический кризис. Во время визита экспертной группы

две трети населения страны (64%) проживало ниже черты бедности. Красный Крест объявил о чрезвычайной ситуации в стране в феврале 1999г., так как многие семьи из-за низких доходов не имели возможности обеспечить нормальное питание для детей с ослабленным иммунитетом.

В 1990-х годах в Республике Кыргызстан вновь были отмечены случаи заболевания, которое прежде успешно предотвращалось благодаря иммунизации. Как и в других ННГ, у нас возросло количество случаев дифтерии. “Факторы, способствующие возвращению эпидемии, включали большое количество взрослых, восприимчивых к данному заболеванию, падение уровня детской иммунизации, поставившее под угрозу осуществление программы по детской вакцинопрофилактике, плохие социально-экономические условия и высокая мобильность населения,” – (Витек и Уортон : 1998). К 1990 году своевременный охват детей и подростков прививками стал значительно ниже из-за сопротивления иммунизации частично со стороны медицинских работников и частично со стороны населения. Многие медицинские работники считали, что дети физически ослаблены, а вакцины слишком сильные, чтобы применять их в подобной ситуации (Кит 1994; Стайнглас и Родевалд 1997). Весьма распространенной среди педиатров была практика назначения временных медицинских противопоказаний к иммунизации (Викс 1996а, 1996b). Все эти факторы способствовали тому, что иммунизация детского населения была проведена несвоевременно и не в полном объеме.²

Одной из особенностей демографического развития после 1991года явилась свобода передвижения населения внутри Республики. Масштаб внутренней миграции представлен в Рамке №2.

Рамка № 2: Миграция населения и ее влияние на службы иммунизации

По данным Городского отдела здравоохранения г. Бишкека население города составляло:

620 000	официально зарегистрированных	
720 000	состоящих на учете в лечебных учреждениях (каждые шесть месяцев или ежегодно)	+16%
1 020 000	согласно данным Министерства внутренних дел	+65%

Фельдшеры ФАП, обслуживающие участок с населением в 2600 чел. (в Чуйской области недалеко от Бишкека):

С 1969г. до начала 1990-х совершенно нормальной считалась ситуация, когда на участке было 70-80 детей до одного года.

В настоящее время на фельдшера приходится 36 зарегистрированных детей в возрасте до одного года.

В 1998г. 50 детей моложе 15 лет постоянно регистрировали и снимали с учета в ФАПе.

В течение первых двух месяцев 1999г. 20 детей в возрасте 5 лет постоянно ставили и снимали с учета.

Большое количество мигрирующего населения представляет серьезную проблему для всех служб вакцинопрофилактики, особенно для службы иммунизации, которой необходимо знать местонахождение лиц, подлежащих профилактике для предоставления им необходимых услуг в соответствии с тщательно спланированным графиком. Падение рождаемости также вызвало значительные корректировки в программе по иммунизации на всех уровнях, начиная от повторного расчета количества требуемой вакцины до изменения кратности прививок с целью контроля за расходом вакцины в многодозовых флаконах.

² Вакцина АКДС портится от чрезмерного воздействия повышенной температуры или при замораживании. Исследования холодовой цепи в регионе показали, что при хранении вакцин в холодильниках домашнего типа не выдерживаются приемлимые условия хранения, включая температуру хранения ниже нуля внутри холодильников медицинских учреждений в зимнее время (Лугоси и Баттерсби 1990; Басс et al. 1996; Баттерсби 1998). Хотя ни одно из опубликованных исследований по вспышке эпидемии дифтерии не показало, что ее причиной явилось плохое качество вакцины, нельзя исключить, что неправильные условия хранения могли стать фактором, приведшим к подобной вспышке.

6. Развитие сектора здравоохранения с 1992 по 1999 гг.

Реформы сектора здравоохранения проходили в широком контексте социально-экономических перемен, о чем было сказано выше. Рис. 2 представляет временной график проведения мероприятий в секторе здравоохранения. Описание данных мероприятий приводится ниже в шести подразделах.

6.1 Основные реформы в секторе здравоохранения

В 1993 г. были приняты новые законы о здравоохранении, а в 1994 г. была принята государственная программа «Здоровье нации», охватывающая все аспекты политики в области здравоохранения, включая гигиену окружающей среды. В марте 1994 г. Министерство здравоохранения республики и ЕРБ/ВОЗ подписали Меморандум о взаимопонимании, который явился последовательной основой для проведения политики по реформированию системы здравоохранения. Перед МЗ встала задача разработать генеральный план по проведению реформ в секторе здравоохранения и получить техническую и финансовую поддержку от доноров и международных организаций, чья деятельность на этапе осуществления реформ могла бы координироваться в рамках разработанного плана.

Национальная программа по реформированию системы здравоохранения (1996-2006) разрабатывалась в три этапа: анализ сложившейся ситуации (июнь-декабрь 1994); разработка стратегических направлений развития политики (январь-март 1995); и окончательная доработка выбранных направлений (апрель 1995 - июнь 1996). Около 50 специалистов центрального и областного уровня входили в группу МАНАС.³ Генеральный план МАНАС был принят 10 июня 1996, что явилось первым претворением политических направлений развития в стратегии (Министерство здравоохранения 1996б). Двухлетняя деятельность укрепила систему управления, что оказалось жизненно важным, поскольку реформы заменяли прежнюю систему административного регулирования системой активного управления; также было достигнуто согласие относительно содержания и направления реформ.

Реформы направлены на:

- создание равного доступа к медицинским услугам, повышение их отдачи и эффективности;
- рациональное использование ресурсов, особенно в больницах и специализированных медицинских центрах;

³ МАНАС – народный эпос, воспевающий Кыргыз Ханат, первое кыргызское государство, существовавшее с 6 по 13 век н.э. Тысячелетие создания эпоса отмечалось в 1995 году.

Мероприятия	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Вовлечение семьи в работу ВСП в Бишкеке и Чуи								
Введение дополнительной оплаты в зависимости от пролеченных случаев в больницах из ФМС								
Введение индивидуальной дополнительной оплаты для ВСП из ФМС								
Практическая подготовка менеджеров в Иссык-Куле								
Переподготовка медсестер для ВСП								
Президент провозглашает 1999 год "Годом здоровья"							X	

-
- переориентация сектора здравоохранения с лечебного профиля на лечебно-профилактический, где последнему отводится важная роль;
 - переориентация специалистов первичного медико-санитарного звена в педиатрии, гинекологии и терапии на семейных врачей или врачей общей практики.

Временной график на Рис.2 показывает, что внедрение реформ проходило поэтапно, с тем, чтобы четко осуществлять управление и контроль над проводимыми мероприятиями и вносить необходимые коррективы в процессе их проведения и в случае возникновения непредвиденных обстоятельств. Подобная гибкость, как в осуществлении графика реформ, так и в применении стратегий, дала возможность группе реформаторов своевременно и должным образом реагировать на возможные риски и трудности. Одна из самых серьезных проблем, с которой столкнулась данная миссия, заключалась в понимании текущих стратегий реформирования и их применения на практике, а также их сравнения с первоначальными планами, отраженными в соответствующих документах.

**Схема 2: Упрощенная схема реформ в системе здравоохранения
Республики Кыргызстан**

Что послужило причинами реформ в здравоохранении?	Причинами реформ стали перемены в политической системе, начавшиеся в 1990, экономический спад, сокращение государственных доходов, неэффективность существующей системы здравоохранения и ухудшение здоровья населения.
Планирование и отчетность?	Планирование с центрального уровня в бывшем Советском Союзе перешло к новому независимому Министерству здравоохранения Республики Кыргызстан. Координация реформ здравоохранения проводилась к 1996 году в рамках программы МАНАС и продолжает осуществляться Проектной группой по реформированию здравоохранения.
Проводились ли реформы в других секторах?	Да: в государственной гражданской службе и секторе общественного управления; перестройка экономики, направленная на уменьшение прямого влияния государства, либерализация цен и снятие основных ограничений на внешнеторговые операции.
На чем сосредоточены основные усилия в реформе здравоохранения?	Создание равного доступа к медицинским услугам, повышение их отдачи и эффективности, усиление первичного медико-санитарного звена, внедрение стимулов для медицинских работников
Масштаб проводимых реформ в здравоохранении	Включает больницы и амбулаторное лечение; сейчас возрастает роль СЭС; Этапы: Совершенствование работы больниц по всей республике; Курсы семейной медицины и внедрение ВСМ, начиная с Иссык-Кульской области (1996), затем Бишкека и Чуйской области. Совершенствование бюджетного механизма, специализированного лечения и республиканских институтов. Создание новых структур: Фонда медицинского страхования (ФМС), врачей семейной практики (ВСП), ассоциаций ВСП и РЦИ (для проведения кампаний по иммунизации). Новые кадры: врачи семейной медицины, менеджеры-практики
Источники финансирования?	Национальный бюджет, формирующийся из основных налоговых поступлений и займы. Местные бюджеты, формируемые на районном уровне Фонд медицинского страхования, получающий средства от Фонда социального обеспечения и налога на предприятия Прямые денежные траты для покрытия потребностей правительства в лекарствах, шприцах и больничном постельном имуществе, стирке белья и пищи для больных в стационарах. Использование частных фондов очень ограничено.
Источники финансирования кампаний по иммунизации?	Правительственные: заработная плата, возвратные активы, непервичные вакцины; займы (вакцина против гепатита Б) Доноры: ЮНИСЕФ и агентства, работающие на двусторонней основе Прямые денежные траты на закупку шприцов при отсутствии их на складе.

<p>Конкурс с другими секторами за выделение средств?</p>	<p>В Министерстве финансов здравоохранение конкурирует с другими секторами за выделение бюджетных средств. На уровне области и района здравоохранение конкурирует с другими приоритетными отраслями. Первичное медико-санитарное звено может конкурировать с больницами за получение своей доли выделяемых средств. Средства ВСП, финансирующихся из ФМС, могут быть использованы для отдельных случаев.</p>
<p>Кто нанимает персонал?</p>	<p>Назначения продолжают контролироваться областными или районными отделами здравоохранения. Средства на зарплату выделяются из государственного бюджета (вновь стал централизованным в 1997 году для решения проблем с задолженностью по зарплате в районах и областях). Ситуация на будущее не ясна.</p>
<p>Изменения в службах иммунизации?</p>	<p>Да: изменения начались до разработки стратегии по реформированию службы здравоохранения. Календарь доз вакцинации пересмотрен в 1992 г. В 1994 г. создан РЦИ. Подготовка НПИ и федерального плана на 1994-2000 гг. Работа по созданию холодной цепи, ИОК и СУИ.</p>
<p>Информационные системы</p>	<p>Государственная: разрабатывается информационная система для совместного использования МЗ и платежными системами ФМС; может быть также использована для анализа стоимости услуг в качестве системы мониторинга за прогрессом в реформировании</p>
<p>Мониторинг проводимых реформ?</p>	<p>ЕРБ/ВОЗ осуществляет мониторинг проведения реформ (посещения один раз в шесть месяцев); непрерывное исследование по оценке реформ проводится МАНАСом. Плановая проверка служб. Мониторинг за проведением иммунизации на каждом уровне с применением СУИ, созданной в 1996 году.</p>

6.2 Переориентация специалистов первичного медико-санитарного звена на семейную медицину

Одна из целей реформ – предоставление качественных первичных медико-санитарных услуг в амбулаторных медицинских учреждениях; данная стратегия разработана для более эффективного использования существующих ограниченных ресурсов и повышения эффективности мероприятий по охране здоровья. Суть стратегии заключается в предоставлении по возможности наиболее полномасштабного лечения для больного, при этом к специалистам узкого профиля направляются только те случаи, лечение которых представляется затруднительным на первичном уровне. Для осуществления подобной стратегии необходимо: (а) изменить существующую практику направлений к врачам-специалистам, которые использовали фактор высокой заполняемости койко-мест в качестве стимула, (б) расширить сферу профессиональных знаний и совершенствовать навыки специалистов первичного звена с тем, чтобы они могли лечить всех членов семьи, и (в) изменить менталитет пациентов с тем, чтобы они сначала обращались к врачам первичного звена, а не напрямую к узким специалистам, которые, как они считают, являются исключительно теми, кто может оказать им квалифицированную помощь.

Навыки и знания специалистов первичного медико-санитарного звена необходимо совершенствовать на специальных непрерывных курсах по семейной медицине. Это новая специальность, поэтому потребуются несколько лет для того, чтобы в стране были свои собственные преподавательские кадры по данной дисциплине.⁴ Новый факультет семейной медицины уже открыт в медицинском институте, и первая группа студентов прошла трехгодичный курс обучения.

Педиатры, гинекологи и терапевты⁵ должны прослушать курс, подготавливающий их к выполнению более широких обязанностей в качестве врачей семейной практики.⁶ В рамках данного плана, таким образом, необходимо переподготовить 125 врачей в Иссык-Кульской области, 900 – в Бишкеке и Чуйской области и 150 в Ошской в течение 2-3 лет. Поэтапная стратегия проведения реформ означает, что остальные области подключатся к данной работе позже, когда будут созданы необходимые условия для переподготовки. Данная переподготовка организована на базе Медицинского института непрерывного образования, который занимается переподготовкой специалистов без отрыва от производства каждые пять лет. В настоящий момент факультеты института несут ответственность за переподготовку и повышение квалификации специалистов по своему профилю: педиатры обучаются на факультете педиатрии Медицинской академии, а Республиканский центр иммунопрофилактики отвечает за переподготовку специалистов иммунологов. По мере увеличения кадров в семейной медицине у

⁴ Подготовка преподавателей началась в Каракуле; курс был специально адаптирован к условиям Кыргызстана и прошел экспериментальную обкатку в Иссык-Кульской области в рамках программы ЗдравРеформа при поддержке АМР США и Abt Associates (Роммен, 1996). Первая группа из 8 преподавателей из Центра подготовки семейных врачей в Бишкеке закончила одногодичный курс обучения в 1998 г.; другие 10 будущих преподавателей сейчас проходят подготовку.

⁵ Терапевты – здесь, терапевты, лечащие взрослых, в бывшем Советском Союзе назывались врачами-терапевтами.

⁶ В Иссык-Куле курс состоит из четырех циклов, каждый продолжительностью 3 недели, читается в течение одного года (Контактное лицо - менеджер проекта ЗдравРеформа). В Бишкеке и Чуи первоначальный план заключался в проведении интенсивного трехмесячного курса (Гедик и Кутсин, июнь 1998), но на практике такая ситуация может измениться в ответ на комментарии специалистов группы, осуществляющей мониторинг.

специалистов первичного медико-санитарного звена будет больше возможностей получить непрерывное образование по специальности семейного доктора.

Переориентация на семейную медицину осуществляется за счет переквалификации врачей первичного медико-санитарного звена (педиатров, гинекологов и терапевтов) во врачей семейной практики (ВСП) в группах, в которых есть по крайней мере один из врачей с вышеуказанной специальностью. Ожидаемая нагрузка, в зависимости от специализации, предполагает обход разного количества больных на участке (см. Приложение 4). В анализе экспертной группы используются текущие данные о целесообразной нагрузке и проиллюстрировано, что у одного педиатра, имеющего полную занятость с охватом 750 детей моложе 15 лет, на участке будет проживать 2000 человек, а для гинеколога рабочая нагрузка будет составлять 13% эквивалента полной занятости (1/8 «эквивалента полной занятости» или ЭПЗ). Рабочая нагрузка терапевта на участке с населением 2000 человек может составлять 43% или 80% эквивалента полной занятости (нормы нагрузка для терапевтов сильно варьируются). В реальности практически невозможно разделить врачебный персонал и население на участке на такие точные доли. Важный аспект заключается в том, что с появлением многопрофильных ВСП, некоторым врачам придется работать по более, чем одной врачебной специальности, особенно в сельских областях, где плотность населения значительно ниже, доступ к медицинским услугам более ограничен, а население, проживающее на участке, относительно небольшое.

Соотношение специалистов первичного медико-санитарного звена среди ВСП остается неустойчивым. Например, в Чуйской области ожидается, что в Областном отделе здравоохранения будет 6 таких врачей (два педиатра, три терапевта и один гинеколог), которые охватят контингент в 6000 человек (1500 семей). Руководители высшего звена считают, что когда все врачи пройдут переподготовку, то, возможно, достаточно будет трех врачей, справляющихся с подобной нагрузкой. В той же области на одном ФАПе, обслуживающим 2600 человек будет работать педиатр с эквивалентом полной занятости (один ЭПЗ), терапевт, работающий 2 дня из 6 (0.33 ЭПЗ), и гинеколог 0.66 ЭПЗ, а также руководитель учреждения.

Специалистам первичного медико-санитарного звена помогают медицинские сестры, фельдшеры и другой вспомогательный персонал. В Иссык-Куле соотношение врачей и медсестер составляет 1 к 3,47. Иммунизация населения проводится медицинскими сестрами или фельдшерами, а их специализация зависит от типа лечебного учреждения, в котором они работают. Например, медсестра или фельдшер сельского ФАПа обычно могут оказать больному самую разнообразную медицинскую помощь, между тем как медсестра, назначенная на работу в иммунизационное отделение детской городской поликлиники, все рабочее время будет заниматься вакцинопрофилактикой и иммунизацией. Существует трехнедельный курс по подготовке медсестер для выполнения не прямых обязанностей в рамках семейной медицины. В курсе для медицинских сестер общей практики отводится от 4 до 8 часов на иммунизацию и вакцинопрофилактику, из которых три четверти учебного времени посвящено практическим занятиям. Подготовка медсестер обычно проводится после подготовки врачей, и ВСП появились в Бишкеке и Чуи до того, как было закончено обучение медсестер.

Медсестры иммунизационных отделений (работающие в поликлиниках) проходят четырехнедельный курс переподготовки (44 часа теории, 64 часа практических занятий) в рамках непрерывного образования (один раз каждые пять лет). Экспертная группа обнаружила, что ВСП в поликлиниках совместно с сестрой-иммунологом пользуются

одним иммунизационным помещением, где имеется один холодильник, которым заведует сестра-иммунолог, в обязанности которой также входит делать прививки, следить за надлежащим хранением вакцины, регистрировать дозы вакцинации и вести учет, используя систему мониторинга, разработанную для Национальной программы по иммунопрофилактике. Профессиональные взаимоотношения между ВСП и сестрой иммунизационного отделения мало изменились со времен Советской эпохи, когда за каждым педиатром была закреплена конкретная медицинская сестра. В случае децентрализации сложившейся системы, когда у каждого врача семейной практики будет свой собственный холодильник для хранения вакцины, за который будет отвечать медсестра, работающая с ВСП, потребуются значительные средства на закупку оборудования, тренинг и осуществление надзора. Данная проблема не стоит остро для ВСП, работающих в небольших лечебных учреждениях, где сестры и фельдшеры уже выполняют подобные функции.

С появлением концепции ВСП была введена и новая должность: врач-администратор. Один врач-администратор ведет административные дела и учет нагрузки у 15 – 20 семейных врачей. В Иссык-Куле были разработаны разные нормы в зависимости от (а) расстояний, которые врач-администратор преодолевает, чтобы встретиться с ВСП, и (б) общего количества медицинского персонала, с которым работает данный администратор. В Иссык-Кульской области у врача-администратора средняя нагрузка — 42 медицинских работника, но может варьироваться от 26 до 77.

Другим элементом проводимых реформ стало создание ассоциаций ВСП на региональном и национальном уровнях. Роль данных ассоциаций заключается в разработке руководств и инструкций по различным аспектам семейной медицины, координации проектов, по которым предоставляются гранты,⁷ и представлении интересов ВСП через своих выборных представителей. Когда была сформирована Ассоциация ВСП в Иссык-Куле в 1995 году, многие ожидали, что эту ассоциацию возглавит Главврач области. На практике ассоциации ВСП зарегистрированы как неправительственные организации, независимые и децентрализованные, но, безусловно, поддерживающие контакты с областными или районными отделами здравоохранения. Средства для выплаты зарплаты штатным работникам Иссык-Кульской Ассоциации выделяются по линии проекта ЗдравРеформа (Abt Associates), через который также поступают деньги для покрытия суточных расходов членов Совета во время командировок. Одна из ассоциаций ВСП на областном уровне попыталась стабилизировать свое финансовое положение путем доступа к средствам Всемирного банка, присоединившись к национальной АВСП. В будущем планируется иметь представителей от каждого филиала в национальном Совете. У председателя Национальной ассоциации ВСП офис располагается в том же здании, где заседают другие члены Группы по реформированию системы здравоохранения, занимающейся разработкой новых методических руководств, включая списки оборудования для ВСП, показателей эффективности работы и ее качества и иммунизационной карты ребенка для родителей. В данный момент ведется разработка нескольких методических руководств с участием представителей РЦИ по эпидемиологии, инфекционным заболеваниям и иммунопрофилактике, которые должны быть одобрены Научным советом.

Ассоциации ВСП развиваются, руководствуясь прагматическим и творческим подходом. Например, в Иссык-Кульской области изначально существовало две

⁷ Данные проекты относятся к получению средств на оборудование и материалы для новых ВСП или для ВСП, работающих за пределами существующих лечебных учреждений; агентствами-спонсорами являются американский Корпус мира, АМР США и Heart to Heart.

различные ассоциации для сельских и городских ВСП, которые сейчас слились в одну ассоциацию для всей области. После дискуссий о демократическом представительстве всех медицинских работников в АВСП, в Иссык-Кульской ассоциации разрешается выбирать в Совет одного врача-администратора и одну медицинскую сестру. В результате данного решения становится очевидным, что по своим функциям Ассоциация медицинских сестер отличается от той роли, которую медсестры выполняют в АВСП, работая на уровне группы.

6.3 Переориентация потребителей медицинских услуг на новую систему

После утверждения института ВСП семьи получили реальную возможность выбирать ВСП, который предоставит необходимую первичную медико-санитарную помощь и, при необходимости, направит больного к соответствующему узкому специалисту. Вовлечение потребителей в процесс предоставления медицинских услуг ВСП выходит далеко за рамки непосредственного лечебного процесса, так как работники здравоохранения теперь непосредственно отвечают за свою работу перед пациентами. Вовлечение больного в лечебный процесс является не только составной частью образования АВСП и переподготовки вышеуказанных специалистов, но и положительно сказывается на пакете предоставляемых услуг, их оплате и финансированию самой институционарной структуры (Савас: 1998).

Вовлечение пользователей в лечебный процесс началось в Иссык-Куле в марте 1996 года, когда люди получили возможность выбирать любого ВСП в области. В рамках политики активного вовлечения некоторые семьи даже выбирали ВСП далеко от своего местожительства, что привело к отсутствию практичности в пользовании услугами данного специалиста как первой инстанции в лечебном процессе, а для самих врачей было неудобно посещать подобных пациентов на дому, как того требуют протоколы лечения. При проведении кампании по вакцинации большие расстояния также могут оказать неблагоприятное воздействие на конечный результат. Когда метод активного вовлечения прошел апробацию в Бишкеке в марте 1996 года и Чуйской области в октябре 1998, на основе опыта экспериментального внедрения данной схемы в Иссык-Куле были введены ограничения на выбор ВСП. Теперь выбирать ВСП можно было только на участке, обслуживаемом поликлиникой, где работал ВСП, или в районе, где проживает конкретная семья.

О прогрессе «метода активного вовлечения» можно судить по процентной составляющей пользователей, участвующих в данном процессе. Данный показатель используется со знаменателем («обслуживаемое население»), то есть число проживающих на участке человек, которых обслуживает ВСП. Введение подобного знаменателя не представляет проблем для сельских районов, но вызывает определенные трудности в городе, где несколько ВСП работают в одной и той же поликлинике с охватом территории в несколько квадратных километров. На практике экспертная группа обнаружила, что иммунологи (сестра иммунологического отделения или врач иммунолог⁸) ведут учет на основе географических границ участка, обслуживаемого лечебным учреждением, в котором они работают. При этом учет ведется с применением системы мониторинга, разработанной РЦИ, которая основана на данных об общем количестве человек, проживающем на участке.

⁸ Эпидемиолог, прошедший специальную подготовку, работающий в поликлинике или на районном уровне, называется иммунологом.

В философии добровольного выбора кроется огромный потенциал, в основе которого лежит посылка, что выбор ВСП основан на качестве предоставляемых услуг данными врачами. Исследования рынка медицинских услуг, проведенные после принятого населением решения, показали, что были и другие факторы, повлиявшие на выбор конкретного врача семейной практики, а именно доступность или близость расположения ВСП.

6.4 Финансирование служб здравоохранения

Реформы в системе финансирования служб здравоохранения оказались чрезвычайно сложным процессом, так как возникли новые аспекты, требующие движения в новом направлении по сравнению с первоначальным планом. Данные аспекты нуждаются в постоянной шлифовке в новой возникающей ситуации и обстоятельствах. Реформы в системе финансирования служб здравоохранения преследуют две основные цели:

- перевода финансирования со старых методов, основанных на принципе количества больничных коек и их использовании, к новым, которые будут способствовать более эффективному использованию имеющихся ресурсов (самокупаемость) и приведут к улучшению качества медицинских услуг (достижениям в улучшении здоровья и качестве жизни);
- получения доступа к дополнительным ресурсам для служб здравоохранения.

Первая цель достигается совместно с решением задачи по рационализации больничных служб и услуг, при технической поддержке фонда Ноу-Хау. Вторую проблему можно частично решить через создание Фонда медицинского страхования (ФМС) или кассы, бюджет которой будет формироваться за счет 2% налога на доходы предприятий и взносов в государственный фонд социальной поддержки для выплаты пенсий и пособий по безработице (1,5 минимальной заработной платы). Дети пока еще не включены в систему обязательного медицинского страхования.

Фонд медицинского страхования не финансируется через страховые взносы, размеры которых рассчитываются на основе данных актуария. Это «страхование» в широком понимании, когда существует «эффективная защита от риска для здоровья» (Савас: 1998). Отношения между Фондом медицинского страхования и МЗ кардинально изменились. Если в 1998 году фонд не работал напрямую с министерством, то сейчас он начинает функционировать под его эгидой. Это может облегчить совместное использование систем по закупкам и поставкам вакцин и сделает механизм функционирования более плавным. В будущем Группа по реформированию системы здравоохранения ожидает, что ФМС будет называться Фондом здравоохранения. Он предоставляет дополнительные ресурсы для стационарных больных и дополнительное финансирование для врачей семейной практики.

Размер выплат, которые получает ВСП через Фонд здравоохранения, зависит от количества человек, вовлеченных в активный процесс лечения на участке данного ВСП. При этом используется следующая формула:

количество вовлеченных X коэффициент для данной области X годовой душевой доход

Применение коэффициента для конкретной области позволяет провести корректировку различий в потребностях сектора здравоохранения на областных уровнях (например, различия в возрастной структуре, распределении населения). Коэффициент для Иссык-Куля равен 0,29. Ежегодное выделение средств Фондом здравоохранения на

каждого человека, выбравшего семейного врача, может быть рассчитано исходя из имеющихся средств, в настоящее время данная сумма равна 35 сомам (1,17 долл. США). ВСП, имеющие лицензии Департамента лицензирования и аккредитации МЗ в Бишкеке, имеют право на получение средств из фонда. Существуют инструкции по использованию выделяемых фондов семейными врачами. В настоящий момент они могут потратить 55% средств на закупку оборудования (из перечня, одобренного АВСП), 35 % на выплату премиальных и 10% на медикаменты (из одобренного списка). АВСП признает, что подобное процентное соотношение может варьироваться, например, когда ВСП закупил новое оборудование, процент на закупку оборудования может быть снижен.

Другим источником финансирования, отраженным в исследовании, стала плата населения за предоставляемые консультации, медикаменты, расходные материалы и лечение в стационаре (Бломквист: 1997). При проведении иммунизации такая практика вызывает беспокойство, так как медицинские работники будут ожидать, что семьи сами купят медицинские шприцы, если у службы здравоохранения нет достаточно средств.

6.5 Реформы службы иммунизации в 1992-1995 гг.

Изменения в организации иммунизационных служб начались задолго до того, как были сформулированы основные концепции по реформированию сектора здравоохранения. В августе 1991 года указом Консультативного совета при Министерстве здравоохранения был создан Республиканский комитет по иммунизации. Одна из целей создания подобного комитета заключалась в преодолении разрыва между эпидемиологами (которые осуществляли мониторинг за заболеваниями и поставками вакцин через санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) и педиатрами (которые непосредственно отвечали за иммунизацию детей). В 1992 году впервые в странах бывшего Советского Союза в проведение вакцинации и иммунизации были вовлечены доноры (Стайнгласс: 1992). Главным приоритетом стала поставка детской вакцины, а затем борьба со вспышкой эпидемии кори⁹ и дифтерии, которая грозила охватить целый регион. Подобная ситуация послужила стимулом для технических обсуждений о совместных действиях по эпидемиологическому надзору и борьбе с заболеванием, осуществлением мониторинга, разработке графиков проведения иммунизации, совместном контроле за качеством холодовой цепи с учетом противопоказаний к вакцинации со стороны педиатров и снижения понимания необходимости иммунизации у населения.

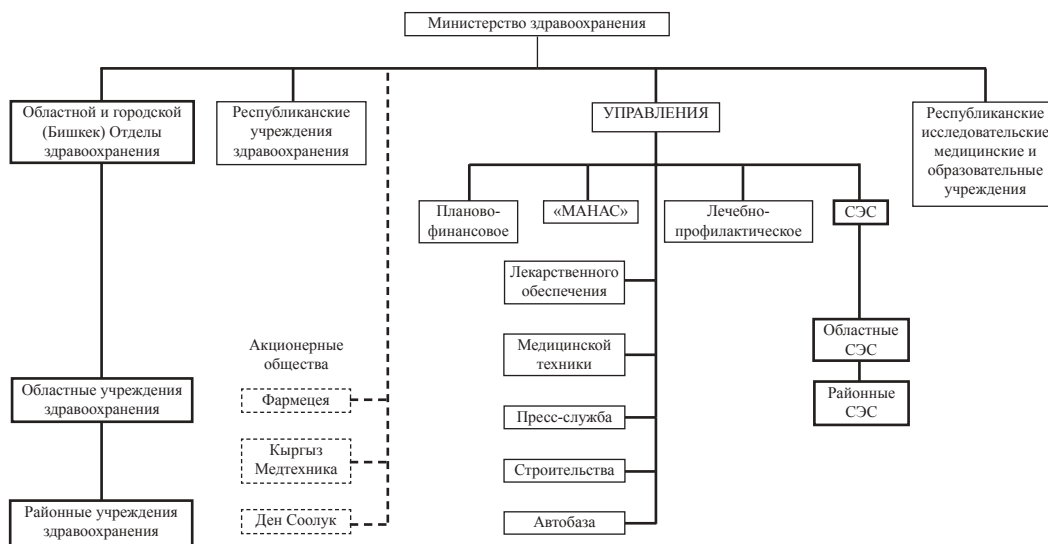
В декабре 1993 года Министерство здравоохранения провело встречу, на которой присутствовали представители ЕРБ/ВОЗ, ЮНИСЕФ и АМР США/REACH, где был принят план по разработке Национальной программы по иммунопрофилактике (НПИ) на 1994 -2000 гг. (Хасселблад: 1993б). Данный план заключался в создании Республиканского центра по иммунопрофилактике (РЦИ) как подразделения в составе республиканской СЭС, а также создания областных центров по иммунопрофилактике, укомплектованных иммунологом (эпидемиологом или педиатром).

План получил одобрение, и РЦИ начал функционировать в июне 1994 года. Его задача заключалась в практическом осуществлении новой НПИ, включая координацию работы областных центров по иммунопрофилактике (Стайнгласс: 1994). РЦИ добился больших успехов по координации работы педиатров и эпидемиологов в

⁹ За первые 9 месяцев 1993 г. было зарегистрировано 4118 случаев, самая большая вспышка с 1987 г., когда в схему была введена вторая доза.

рамках программы по продвижению реформ, которые были необходимыми еще до получения независимости¹⁰. На Рис. 3 показана организационная структура с СЭС в правой части и службы здравоохранения в левой. Данная схема скоро изменится; сейчас есть 3 заместителя министра, и на новой схеме будут показаны отделы, работу которых будет курировать каждый замминистра.

Рис. 3: Организационная схема Министерства здравоохранения Республики Кыргызстан



Организационная структура не отражает динамики, возникшей между различными юридическими лицами. Например, РЦИ поддерживает контакты не только с другими департаментами внутри министерства, но также и со всем медицинским персоналом Института непрерывного медицинского образования, научно-исследовательскими институтами и лабораторными службами.

В течение того же периода (1992 по 1994) произошли значительные технические прорывы, которые имели самые прямые последствия для функционирования системы. К ним относятся:

- Семинар «Политика в области детской иммунизации. Практические аспекты и разработка политики», проведенный в Бишкеке в декабре 1992 года Министерством здравоохранения при технической и финансовой помощи проекта АМР США/REACH и ЕРБ/ВОЗ; был издан приказ о пересмотре национального календаря иммунизации (Министерство здравоохранения 1993а; Стайнгласс: 1993).
- Симпозиум по медицинским противопоказаниям к иммунизации, где совместными спонсорами были МЗ, ЕРБ/ВОЗ и АМР США/BASICS, проведенный в Бишкеке в мае 1995 года. Хотя пересмотренный календарь иммунизации еще не полностью соответствовал рекомендациям ВОЗ, изменения способствовали уменьшению количества контактов с 17 до 12, уменьшению доз с 22 до 19 для каждого ребенка

¹⁰ Модель РЦИ была внимательно изучена делегациями из Таджикистана и Узбекистана. Таджикистан создал свой собственный РЦИ, организованный по другому принципу для адаптации к местным условиям.

в возрасте до 17 лет и позволяли закончить иммунизацию на более раннем этапе взросления, что способствовало понижению уровня заболеваемости. Менее жесткие требования к вакцинам и инъекционным материалам и оборудованию позволили сэкономить около 40 000 долл. США в год (6,7% текущих расходов на данные потребности).

- Модернизация холодильной цепи и изменение системы управления холодильной цепью (Хасселблад: 1993а; Пейк: 1993; Пейк: 1994).
- Разработка новых подходов к информационному обеспечению, санпросвещению и системам коммуникации для выявления потребностей в проведении иммунизации (Кит: 1994; Скрыбин: 1994; Ольховский: 1995).
- Разработка уникальной многоуровневой системы мониторинга (Ларсен: 1993б; Хасселблад: 1995; Уикс: 1995а; Уикс: 1995б; Уикс: 1996а). Подобная система мониторинга была впервые применена в масштабе всей страны в 1996 году (Уикс: 1996б).

**Рамка № 3: Апробация ИСУ в Аламудунском районе
д-м Верой Ивановной Михаченко,* руководителем отдела
эпидемиологии, Аламудунская районная СЭС**

“Применение мониторинга является новым типом деятельности для нашей ИСУ [информационной системы управления] ...до недавнего времени данные собирались и анализировались только на уровне Министерства здравоохранения. То есть, полученная информация, фактически, не использовалась самими медицинскими работниками, самое главное было вовремя прислать отчеты. Только в очень редких случаях мы сами принимали решения. ... Я рассматриваю мониторинг как систему, которая в корне меняет нашу роль, переводя ее в практическую плоскость, когда медицинский работник является не просто исполнителем, но и «хозяйном» положения. Были определены показатели в соответствии с целями, поставленными в Национальной программе по иммунопрофилактике, и глобальными требованиями РПИ. Выполнение работы с использованием мониторинга дает возможность раскрыть творческий потенциал – показатели могут быть изменены или скорректированы в зависимости от типа выполняемой деятельности”.

* Представлено на семинаре по эпиднадзору за заболеваемостью, Ташкент, 24 мая 1996 (Weeks: 1996б)

6.6 Краткий обзор: в чем заключается реформа сектора здравоохранения в Республике Кыргызстан?

Иногда считается, что реформирование сектора здравоохранения синонимично понятию «децентрализация». После выхода из состава Советского Союза в стране произошла фундаментальная децентрализация, которая затронула не только поставки основных расходных материалов (включая вакцины), но и всю административную и законодательную базу здравоохранения. Однако децентрализация не является составной частью проводимых реформ системы здравоохранения в Республике Кыргызстан.

Реформы финансовых механизмов состоят в разделении поставщика и потребителя, и данная цель достигается за счет использования гибкого и прагматичного подхода вместе с рационализацией системы предоставления медицинских услуг. Существуют и дополнительные источники финансирования через Фонд здравоохранения, в который средства поступают от налога на заработную плату и из государственного фонда социального страхования. Приватизация не является ключевым аспектом проведения реформ в Кыргызской Республике. Врачи семейной практики продолжают получать заработную плату из бюджета МЗ, при этом строка расходов на заработную плату медицинским работникам защищена бюджетом, а это означает, что хотя и могут быть задержки с выплатой заработной платы, ее размер не может быть сокращен.

Идея использования рыночных механизмов для повышения эффективности предоставляемых медицинских услуг основана на постулате, что (а) у врачей будут финансовые стимулы, которые дадут им возможность «распределять имеющиеся ресурсы и предоставлять медицинские услуги в наиболее эффективной форме» (Техническая Координационная Комиссия 1998) и (б) у пациентов появляется право выбора медицинских специалистов в зависимости от качества предлагаемых услуг.

Кыргызские реформы основаны на принципе рационализации, при которой ведется интенсивная работа с больницами по переводу их финансирования на основе койко-мест на систему, где на первом месте находится количество пролеченных случаев. Задача заключается в снижении веса госпитализации и лечения в спектре предоставляемых услуг и переориентации ресурсов и пациентов на профилактику и широкое использование семейных врачей. Данные реформы должны повысить самокупаемость и привести к улучшению здоровья населения.

В заключение можно сказать, что данные реформы являются наиболее подходящими для Кыргызской Республики; они осуществляются на национальном уровне, координируются группой реформирования сектора здравоохранения МАНАС; прагматичны, так как существует возможность корректировать стратегию и график осуществления мероприятий; и поэтапны, то есть проходят с разработанными фазами внедрения. Подобный подход позволяет реформаторам не бояться риска и преодолевать непредвиденные обстоятельства.

7. Как осуществляется иммунизация детей?

На Рис. 4 более детально показана схема предоставления услуг. Педиатры и медицинские сестры приглашают родителей и детей, которых необходимо вакцинировать, вводят дозы вакцины детям, проверяют иммунизационную историю ребенка и сообщают об оказанных услугах по вакцинации в районную СЭС. Руководитель службы иммунизации СЭС отвечает за снабжение вакциной и необходимым оборудованием, а также за мониторинг и сводную отчетность от конкретных лечебных учреждений и подготавливает сводку по району. Данные по району направляются в областной центр по иммунопрофилактике, а затем в РЦИ на национальном уровне.

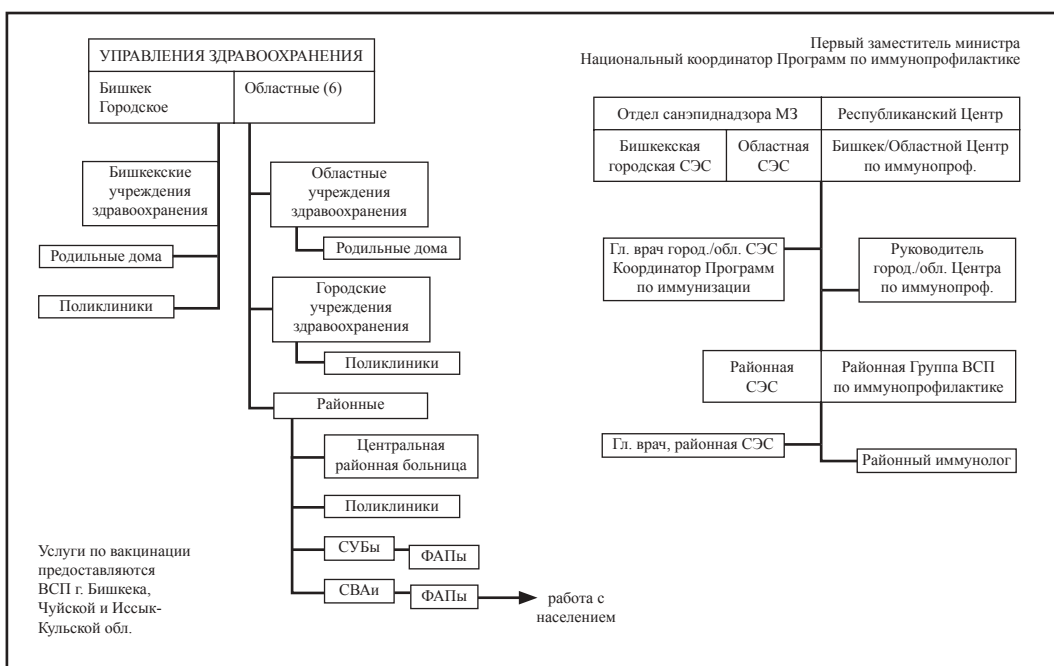
Большинство детей появляется на свет в родильных домах, где они проходят педиатрическое обследование, а сестра-иммунолог вводит им дозу вакцины БЦЖ и ОПВ (а также вакцину против гепатита В в районах, где она начала применяться). Больница уведомляет районный отдел здравоохранения о месте проживания вакцинированной семьи. Медицинская сестра приглашает семью на повторную иммунизацию, когда наступает время (см. Рамку 4 "Календарь иммунизации"). Педиатр обследует ребенка на предмет противопоказаний, после чего медицинская сестра вводит необходимые дозы вакцины.

Педиатры есть в штате районных больниц, детских поликлиник, сельских участковых больниц и сельских врачебных амбулаторий. Педиатры из вышеуказанных лечебных учреждений регулярно посещают ФАПы (фельдшерские и акушерские пункты), находящиеся на периферии, для обследования детей, подлежащих иммунизации.

Рамка № 4: Календарь иммунизации в Республике Кыргызстан (пересмотренный вариант 1992)							
БЦЖ	НерВ	ОПВ	АКДС	АДС	АДС-м		Паротитная
3-4 дня	3-4 дня	Рождение					
	2 месяца	2 месяца	2 месяца				
		3.5 месяцев	3.5 месяца				
	5 месяцев	5 месяцев	5 месяцев				
						12 месяцев	
		16 месяцев					
		18 месяцев					18 месяцев
			18-24 месяца				
					7 лет		
7 лет		7 лет		6-7 лет (АКС5)			
					11 лет (АДС- м6)		
					16 yrs (АДС- м7)		
					каждые 10 лет		
Поставки доз вакцин в заштрихованных прямоугольниках финансируются ЮНИСЕФ.							
Источники: Доклад о практике иммунизации (Лечебное учреждение) в работе Weeks (1996б) и проект иммунизационной карты пациента, подготовленный АВСП.							

Степень специализации сестры или фельдшера зависит от того, какие специалисты работают в данном лечебном учреждении. В поликлинике имеется иммунизационное отделение (комната), укомплектованная медицинской сестрой, чья основная обязанность следить за наличием вакцины в холодильнике, проверять условия хранения, вакцинировать детей и составлять списки на вакцинацию. Педиатры отвечают за различные участки, которые находятся в ведении конкретной поликлиники, а

Рис. 4: Службы системы здравоохранения и штатные работники СЭС



медицинская сестра, работающая с педиатром, координирует процесс иммунизации с сестрой-иммунологом. После обследования педиатром, ребенка направляют в иммунизационное отделение, где сестра-иммунолог вводит ему необходимую дозу вакцины. В сельских участковых больницах и сельских врачебных амбулаториях рабочая нагрузка не зависит от специализации, и сестры, работающие с педиатром, также занимаются иммунизацией детей. В ФАПе постоянно в штате может быть только один человек—фельдшер, который занимается всеми вопросами.

Два раза в год медицинские сестры производят поквартирный обход для составления списков детей, которых необходимо иммунизировать (см. Рамку 2). Показатели охвата иммунизацией постоянно обновляются после получения данных о подобных обходах.

Роль иммунологов санитарно-эпидемических станций заключается в снабжении вакцинами и специализированным оборудованием, организацией тренинга и проведением надзора за процессом иммунизации в лечебных учреждениях, мониторинге и составлении отчета для руководства.

Введение института семейных врачей и предоставление права выбора ВСП членам семьи не оказало существенного влияния на структуру системы здравоохранения в Иссык-Куле, Бишкеке и Чуи. В основном эти изменения свелись к тому, что теперь в детских поликлиниках работают два дополнительных специалиста; некоторые специалисты педиатрических отделений получили работу в поликлиниках, которые когда-то были поликлиниками для взрослых, в которых медицинский персонал прошел соответствующую подготовку и были открыты новые иммунизационные отделения. (Экспертная группа не посещала бывшие поликлиники для взрослых с целью контроля проведения иммунизации детей в новых условиях). В одной детской поликлинике в Бишкеке переориентация на врачей семейной практики привела к уменьшению района охвата данной поликлиникой в радиусе с 20 до 7 километров, что позволяет говорить о более широком доступе к медицинским услугам и понижает транспортные расходы как семей, так и медицинского персонала.

Процесс реформирования продолжается и, в зависимости от региона находится на разных стадиях. Принимая во внимание изменения, происходящие в первичных медико-санитарных службах, можно утверждать, что программа по иммунизации выполняется достаточно успешно. Проблемы, возникшие на начальном этапе (некоторые ВСП в Иссык-Куле не хотели, чтобы картотека иммунизированных ими детей хранилась в прививочном кабинете), были разрешены, а полученный опыт использован для проведения следующей фазы реформ. Ниже приводятся факторы, способствующие успешному проведению иммунизации:

- a) до начала проведения программа по иммунизации уже была фундаментально реорганизована (в нее были включены как педиатры, так и эпидемиологи);
- b) был сформулирован План действий на ближайшие пять лет, который начал поэтапно осуществляться;
- c) у персонала есть понимание необходимости использования новой системы для выявления детей, подлежащих иммунизации, и проведения мониторинга своих собственных действий; подобная система успешно функционирует, начиная с 1996 года;
- d) политика в отношении клинической практики педиатров по выявлению противопоказаний к иммунизации была пересмотрена до того, как началась переподготовка специалистов первичного звена;
- e) подготовка ВСП по вопросам проведения иммунизации велась в координации с РЦИ;
- f) медицинский персонал проявил истинную приверженность своему делу и дисциплинированность, несмотря на возникшие финансовые трудности.

Однако существует обеспокоенность, что придется отказаться от некоторых традиционных методов проведения иммунизации по мере дальнейшего продвижения реформ в звене первичной медико-санитарной помощи. В ходе осуществления реформ необходимо больше внимания уделять службам профилактики и их динамичному взаимодействию с ВСП; если превентивные меры будут выпущены из поля зрения реформаторов, то профилактика не сможет стать эффективной базой для работы врачей всех уровней. В следующем разделе речь пойдет о предполагаемых рисках и возможностях в ходе осуществления реформ.

8. РИСКИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Экспертная группа выявила некоторые риски, которые могут представлять угрозу проведению и эффективности программы по иммунизации населения. В ходе исследования были также рассмотрены возможности НПИ в контексте претворения в жизнь реформы здравоохранения. (Некоторые риски и открывающиеся возможности стали предметом обсуждения во время последнего совещания в Министерстве здравоохранения; см. Приложение 5). Через год мы, вероятно, столкнемся с другими рисками; реформы продолжают свое поступательное движение и продолжается разработка различных деталей по мере движения вперед.

8.1 Календарь проведения иммунизации: перспектива, от которой выигрывают все

Календарь проведения иммунизации, представленный в Рамке 4 – уникален для Кыргызской Республики. Он был пересмотрен в 1992 году и имеет все возможности повысить эффективность и результативность предоставляемых медицинских услуг. Хотя вакцина против гепатита Б была включена в календарь иммунизации уже несколько лет назад, впервые детские дозы данной вакцины были введены только в 1999 году, так как нет достаточных финансовых средств для применения подобной вакцины в масштабе всей страны.

8.1.1 Возможности совершенствования календаря иммунизации

- a) Если первую дозу БЦЖ вводить ребенку в период жизни от одного дня после рождения и до того, как его выпишут из родильного отделения (обычно период 4-5 дней), мы смогли бы уменьшить количество восстановленной вакцины, отправляемой на уничтожение (Стайнгласс: 1998).
- b) Вторая доза БЦЖ должна быть отменена, так как она не повышает иммунитет против туберкулеза (ВОЗ 1995, стр.11).
- c) Прекращение использования пробы Манту позволит сократить прямые расходы и отказаться от процедур, связанных с применением игл, что приведет к снижению риска.
- d) Первая доза вакцины против гепатита Б должна вводиться в течение первых 24 часов с тем, чтобы эффект от данной дорогостоящей вакцины был бы как можно выше (Бисли : 1988).
- e) Эффективной защиты от полиомиелита можно добиться путем инокуляции не более 7 доз вакцины ОПВ.
- f) Если календарь прививок составить в соответствии с возрастными группами, которым должна быть сделана инокуляция, то это позволит сократить количество посещений и, соответственно, расходы системы здравоохранения и семьи.

8.1.2 Возможности улучшения финансирования для достижения самообеспеченности вакцинами

В настоящее время финансирование поставок расходных материалов для иммунизации (вакцины, шприцы, безопасные контейнеры) не является стабильным, что вызывает срывы, способные представлять угрозу безопасности и эффективности работы служб иммунизации.

В прямоугольниках Рамки 4 показаны вакцины, закупка которых производится за счет средств ЮНИСЕФ. Следует отметить, что не все вакцины для проведения иммунизации на первичном уровне были профинансированы из данного источника (например, гепатит Б). Как показывает недавний опыт, Кыргызстан остро нуждается в коревой вакцине¹¹ для эффективного контроля заболеваемости.

Подход к реформам в секторе здравоохранения в Республике Кыргызстан также базируется на принципе рационализации, который положительно сказывается на Национальной программе по иммунизации. Сокращение лишних доз БЦЖ и ОПВ приведет к:

- немедленной экономии 80 000 долл. США ежегодно; высвободившиеся средства можно будет потратить на защиту 20 000 новорожденных от гепатита Б (закупку шприцов, вакцины и безопасных контейнеров).
- предотвращению нескольких сотен случаев первичного рака печени и цирроза печени у 20 000 новорожденных.

Как РЦИ, так и группа по проведению реформ в секторе здравоохранения должны принимать активное участие в пересмотре календаря иммунизации и анализе затрат.

Во время проведения дебрифинга по результатам визита, экспертная группа рекомендовала проводить пересмотр календаря иммунизации совместно с Национальным координационным комитетом по иммунизации (НККИ), что даст возможность донорам и другим партнерам принять активное участие в данном процессе (см. Приложение 5).

Партнеры могут помочь в проведении внутренних реформ при соблюдении следующих условий, например:

- ЮНИСЕФ настаивает на том, что Республика Кыргызстан должна оплачивать вакцину для первичной медико-санитарной помощи из своих средств;
- Кыргызская Республика запрашивает необходимое количество вакцины против гепатита Б для проведения всеобщей детской иммунизации;
- Всемирный банк сможет предоставить заем при условии, что календарь иммунизации будет составлен рационально.

¹¹ Вторая доза коревой вакцины не является частью первичной серии.

Данная ситуация предоставляет такие возможности, когда в выигрыше оказываются все и демонстрирует, как составление рационального календаря иммунизации и графика финансирования может быть использовано для более эффективного распределения ресурсов и повышения надежности защиты от тяжелых заболеваний, что, в конечном итоге, приведет к улучшению здоровья населения и сокращению расходов, а это, в свою очередь, является одной из целей проводимых в Кыргызстане реформ.

8.2 Шприцы

В бывшем Советском Союзе для проведения иммунизации использовались многократно стерилизуемые расходные материалы. В 1993 году были закуплены паровые стерилизаторы и пластмассовые шприцы в рамках программы чрезвычайной помощи. Однако в последующем за этим приказом МЗ говорилось, что для проведения иммунизации разрешается использование только одноразовых шприцов. В пересчете на одну инъекцию стерилизуемые шприцы стоят в 5 - 15 раз дешевле одноразовых и занимают незначительную часть объема (0,05%) отходов, образуемых одноразовым инструментарием. Но в силу изданного приказа с 1993 года прекратились поставки комплектующих и пополнение запаса игл и шприцов для паровой стерилизации.

В 1997 году правительством республики было сделано заявление об отказе от закупок одноразовых саморазрушающихся¹² шприцов (СШ), в силу их высокой стоимости. На выделяемые из бюджета средства можно закупить гораздо больше обыкновенных одноразовых шприцов. Виду отсутствия удовлетворительной системы утилизации зараженных медицинских игл персонал дезинфицирует использованные одноразовые шприцы в дезрастворе, затем отделяет иглы от шприцов перед отправкой для утилизации¹³.

В стране отмечена нехватка шприцов для проведения иммунизации. Например, в рамках кредита Всемирного банка была поставлена вакцина против гепатита В, однако не были закуплены шприцы для введения вакцины. Какой может быть выход из сложившейся ситуации? Медики считают, что для иммунизации можно воспользоваться шприцами, стерилизованными в паровом автоклаве, или члены семьи могут принести свои собственные шприцы для иммунизации детей. В большинстве стран иммунизация проводится бесплатно, и такой целевой расход средств с привлечением других источников сопровождается многими рисками. Обычно события могут развиваться по двум сценариям с возможными вариантами:

- a) **Семья самостоятельно покупает шприцы:** Если члены семьи отправятся в магазин или к частному дистрибьютору, они рискуют приобрести шприцы неправильного размера и сечения иглы (шприцы для иммунизации имеют объем 0,5 мл и 2 мл ; иглы 26G и 23G, то есть меньше, чем шприцы для большинства лечебных процедур). У людей нет возможности проверить качество покупаемого товара. Считается, что если шприц находится в упаковке, то он обязательно чистый, но наличие упаковки не является гарантией, что покупаемый шприц

¹² Одноразовые шприцы до настоящего времени описывались как «саморазрушающиеся», хотя как было замечено участниками встречи в Бишкеке (ноябрь 1997) эти шприцы не уничтожают себя автоматически после использования. Признавая этот факт, ВОЗ обратилась с просьбой впредь называть их одноразовыми шприцами (ВОЗ, 1999).

¹³ Если бы использовались СШ, такой способ дезинфекции невозможно было бы применять, так как в СШ игла зафиксирована.

стерильный и не был предварительно использован. Если члены семьи покупают шприц у медицинского работника, то подобная сделка создает плохой прецедент, так как обе стороны знают, что иммунизация должна проводиться бесплатно. Здесь возникает еще два вопроса: вынужден ли клиент платить медицинскому работнику сверху? и откуда был поставлен данный шприц? Та же обеспокоенность связана и с контролем качества. Принимая во внимание тот факт, что 64% населения живут ниже черты бедности, покупка шприца может стать непростым выбором, ибо за ту же самую сумму можно купить буханку хлеба¹⁴. Это может привести к тому, что семья купит один шприц для многократного использования для ребенка или для всех членов семьи. Такая ситуация означает, что кому-то придется надевать колпачок на использованный шприц, что представляет определенный риск. Более того, удовлетворительная повторная стерилизация обычных одноразовых шприцов невозможна, так как пластмасса, из которой они сделаны, не предназначена для повторного использования. Она коробится и даже плавится при достаточно высоких температурах, позволяющих повторно и безопасно использовать стерилизованный шприц.

- b) Семья решает не покупать шприцы:** В подобном случае родители могут согласиться с использованием стерилизованных шприцов. Однако в стране была проведена такая широкая кампания по использованию одноразовыми шприцами, что службы здравоохранения не закупили достаточного количества многократных для замены (иглы со временем тупятся, а сами шприцы изнашиваются). Не были вложены средства и в повышение безопасности стерилизации (например, замены изношенного оборудования). Следовательно, можно понять родителей, которые не хотят, чтобы их детям была введена вакцина многократным шприцом. Оставшаяся возможность – не проходить вакцинацию вообще, в таком случае ребенок оказывается беззащитным перед болезнью, которую можно было изначально предотвратить.

При любом сценарии (а) или (б) ставится под сомнение безопасность проведения вакцинопрофилактики по многим причинам: отсутствие нормального финансирования, необходимость закупки расходных материалов, которые слишком дороги для бюджета страны, и неспособность проводить последовательную политику в области безопасности иммунизации и вакцинопрофилактики.

8.3 Уровень охвата вакцинацией как индикатор качества

Уровень охвата вакцинацией является важнейшим показателем качества работы семейных врачей, как это показано в определении Ассоциации ВСП, которое приводится в Рамке 5.

¹⁴ Относительная стоимость хлеба и шприцов обсуждалась рабочей группой РПИ на встрече по безопасности иммунизации в Бишкеке в ноябре 1997 г.

Рамка № 5: Показатель качества работы, предложенный АВСП

$$\text{Уровень иммунизации по кори} = \frac{\text{Общее количество детей, прошедших иммунизацию в возрасте 1 года и детей 7 лет с привитой коревой вакциной}}{\text{Общее количество детей в возрасте 1 года и детей в возрасте 7 лет}} \times 100\%$$

Включая: Для числителя и знаменателя: все вакцинированные дети
Исключая: Для числителя и знаменателя: невакцинированное население

Показатель в Рамке 5 был разработан Ассоциацией ВСП без помощи РЦИ. Как показывает опыт, существуют серьезные проблемы при использовании одного индикатора для детей 1 и 7 лет. Ссылка внизу рамки показывает, что сюда не включено невакцинированное население. Как в этом случае должен поступить врач семейной практики, когда на его участке есть дети, не прошедшие иммунизацию?

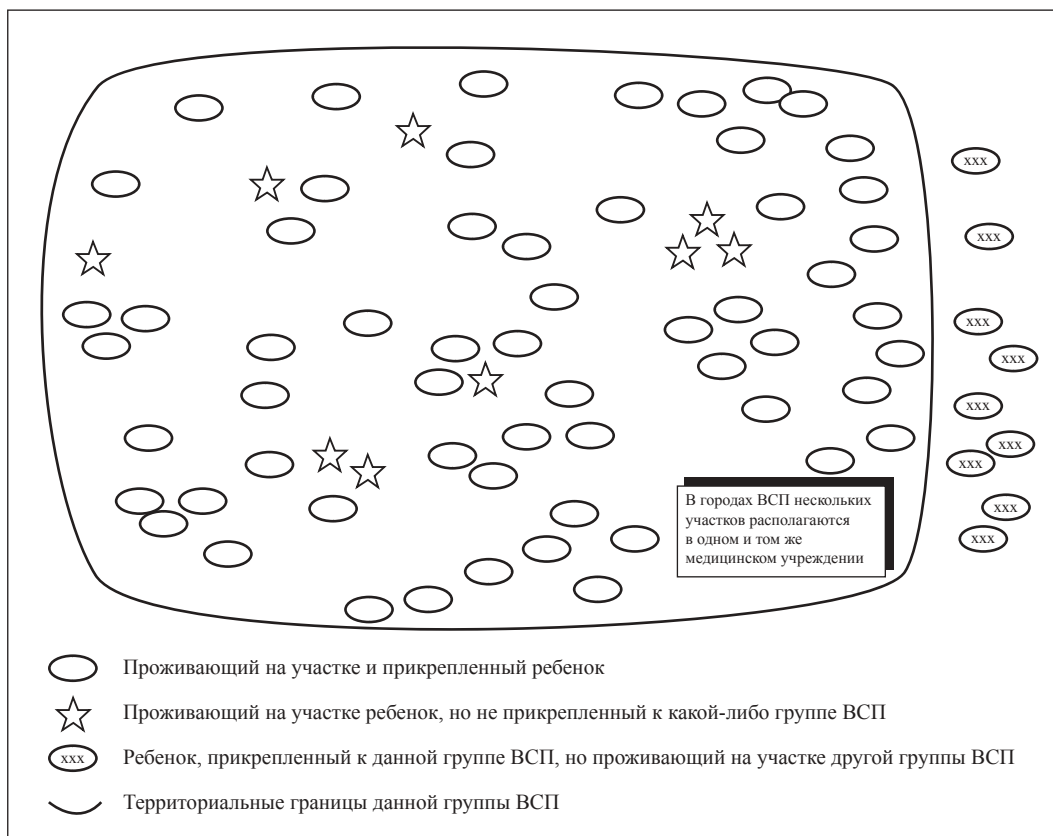
Существует определенный риск, что данный показатель может сподвигнуть ВСП ставить перед собой более низкую планку охвата населения, чем всеобщая иммунизация, на которой зиждется вся система профилактики заболеваний, предотвращаемых с помощью вакцин.

- Показатель качества работы основан на услугах, предоставляемых конкретным ВСП, и рассчитывается на основе новых клинических карт в новой информационной системе (см.8.4).
- С другой стороны, система мониторинга Национальной программы по иммунизации учитывает текущий иммунизационный статус всего учтенного населения на каждом уровне (перепись производится медицинскими сестрами дважды в год).

«Дети-невидимки» - как правило, те, чьи родители постоянно мигрируют с места на место. Мало вероятно, что такие семьи смогут включиться в процесс выбора семейного врача в новой реформированной системе или осесть в районе, где сохранились их медицинские карты со старых времен. В обоих случаях «семьи-невидимки» рискуют пропустить приглашение медицинской сестры вакцинировать ребенка. Однако система мониторинга НРИ (второй показатель сверху) скорее всего включит подобных «невидимок» в знаменатель.¹⁵

¹⁵ Национальная служба здравоохранения Великобритании разработала модель по некоторым аспектам Кыргызских реформ. В Великобритании Департамент детского здравоохранения прикрепляет каждого ребенка в возрасте до 5 лет к медицинскому работнику, который приходит к нему на дом и является врачом общей практики или работает в клинике. Обязанность такого посещающего врача заключается в том, чтобы убедить родителей вакцинировать ребенка, а родители, в свою очередь, выбирают, где ребенок пройдет вакцинацию. Отслеживание детей до 5 лет, подлежащих иммунизации, по стране происходит при взаимодействии нескольких департаментов: здравоохранения, социального обеспечения и образования.

Рис. 5: Вовлеченность населения



На Рис. 5 представлено население участка, проживающее на определенной территории. Говоря о праве выбора семейного врача, следует помнить, что в определенных случаях семьи, проживающие за пределами данного участка, могут также выбирать ВСП, поэтому вовлеченное население может превышать 100% показатель, составляющий общее количество населения, живущего на участке. На Рис. 5 некоторые дети, чьи родители выбрали семейного врача, все еще подвержены риску заболеть болезнями, которые можно предотвратить с помощью вакцины:

- новорожденные, которые получили дозы вакцины сразу после рождения,
- дети, которые по возрасту еще не прошли весь календарный курс иммунизации,
- дети с серьезными противопоказаниями к иммунизации.

Эпидемиологический риск для таких детей возрастает из-за присутствия невакцинированного населения, особенно детей мигрантов, чей иммунизационный статус не отслеживается ВСП. Существует также риск того, что если ВСП все внимание будет сосредотачивать на вопросах охвата на своем участке (чтобы добиться качества работы), то это приведет к искажению реальной картины охвата на участках Кыргызстана”¹⁶.

¹⁶ Данная концепция применялась в странах с очень ограниченной инфраструктурой здравоохранения, где службы иммунизации не могли охватить все население; данные по охвату, где службы иммунизации функционируют, гораздо выше реального уровня охвата по стране.

Для минимизации подобных рисков экспертная группа рекомендовала Министерству здравоохранения считать иммунизационный статус показателем качества, который может быть использован для мониторинга выполнения реформ в секторе здравоохранения на каждом уровне. В Республике Кыргызстан существует национальная система здравоохранения, которая должна продолжать проводить НПИ для оценки уровня охвата, при котором все дети, подлежащие вакцинации, будут знаменателем в приведенной формуле. Если Ассоциация ВСП захочет включить иммунизацию в показатель качества работы, то подобные детали должны быть разработаны совместно с РЦИ. Такие совместные усилия помогут гарантировать, что (а) разработанные технические аспекты верны и что (б) стимулы положительны и созвучны целям иммунизации на национальном уровне.

8.4 Информационные системы

Один из главных девизов кыргызских реформ – «Совместные системы в совместное пользование». Данный подход полностью применим к информационным и финансовым системам, например, к новой клинической карте, данные которой будут использованы для многих целей. При использовании информации РЦИ новая клиническая карта может содержать большое количество информации, к которой нет доступа через систему мониторинга. Например, если конкретизируется количество доз вводимых ребенку (будет записано «АКДС2» вместо просто записи «АКДС»), плюс вносимая информация об обследовании (например, раз в год) может быть использована для определения интервала между инокуляциями, а также на предмет выяснения была ли в некоторых районах кластерная иммунизация, когда прививки были сделаны позже графика. Эти данные будут иметь практическое применение и послужат для улучшения качества и эффективности проведения профилактики. Для того, чтобы клиническая карта действительно содержала подобные данные необходимо, чтобы работа над ней велась совместно как разработчиками карты, так и РЦИ.

В рамках НПИ уже была перестроена старая информационная система контроля за сделанными прививками. НПИ разработала и внедрила при участии медработников систему мониторинга для ее использования на каждом уровне системы. Система мониторинга НПИ на каждом уровне имеет программные индикаторы и дает возможность как провайдером медицинских услуг, так и их руководству выявлять любые возникающие проблемы (такие как снижение охвата иммунизацией или увеличение числа противопоказаний) для принятия соответствующих решений. Система мониторинга уже продемонстрировала свою эффективность (Weeks: 1996б); подход, основанный на быстром реагировании на возникающую проблему, заложенный в ней, может послужить моделью группы по реформированию системы здравоохранения для разработки программных индикаторов для других систем в области охраны здоровья. Следует продолжать мониторинг охвата иммунизацией на уровнях, предусматривающих административную ответственность, начиная с персонала, который проводит вакцинацию.

Другой элемент разработки информационных систем для новых условий включает управление данными по иммунизации. До настоящего времени все формуляры и карты с информацией о дозах вакцины, привитых конкретному ребенку, хранятся в самом лечебном учреждении. В бюджете правительства нет строки на почтовые отправления, как нет и центральной службы по переадресовке старой картотеки в новые учреждения по официальным каналам. Если родители сообщают медицинским работникам о своем переезде на новое место, медицинская карта может быть отправлена в новое лечебное учреждение, но здесь все полностью зависит от инициативы родителей.

Проблема заключается в том, что лечебное учреждение теряет контакт с ребенком, данные быстро устаревают, а на новом месте регистрация начинается с чистого листа, и в отсутствие документации о предыдущих прививках некоторые дозы могут быть просто продублированы. Высокий уровень временной и постоянной миграции в стране делает жизненно необходимым развитие более совершенного метода переадресации карточек иммунизации. Это также применимо и к картотекам ВСП, когда родители вакцинированных семейными врачами детей меняют место жительства. Находящаяся на руках у родителей карточка ребенка обеспечивает надлежащее документирование процесса иммунизации, а также своевременное получение доз.

8.5 Родительская карточка ребенка

При прежней информационной системе у родителей не было иммунизационной карты ребенка. До недавнего времени только медицинские работники напоминали родителям о времени приближения очередной прививки. Роль родителей при этом оставалась очень пассивной, а медицинский персонал тратил на подобное оповещение огромное количество времени. Введение родительской карточки ребенка созвучно с целью проведения реформы – повышения ответственности населения за свое здоровье. Такая карточка в руках родителей является документом, информирующим их о необходимости введения соответствующих доз в определенном возрасте. Экспертной группе показали два пробных образца карточки, оба из которых могут быть существенно доработаны, исходя из обширного опыта распространения подобных карточек в других странах мира. Размер некоторых карточек (например, во Франции используется буклет, толщиной в 54 страницы) должен быть соотнесен с бюджетной целесообразностью и стоимостью печати. Спонсорство производителей необходимо взвесить с возможностью проведения тендера на поставку вакцин, который могут выиграть другие поставщики. Принимая во внимание обеспокоенность плохим питанием сегодняшних детей, группа по реформированию системы здравоохранения рассматривает возможность принятия классического варианта карты «Путь к здоровью» (одна карточка формата А4), как возрастно-весовые показатели (скорость роста), так и данные о полученных прививках.

8.6 Оборудование для хранения вакцины

Список оборудования в документе МАНАС (1996б), Приложение 3, содержит все необходимое для нормальной работы холодильной цепи. Данным оборудованием необходимо снабдить ФАПы и те центры первичной медико-санитарной помощи, которым холодильная цепь (холодильник и т.д.) необходима для нормальной работы. Список оборудования Всемирного банка в «Реабилитации лечебных учреждений» (Всемирный банк: 1996) не включает какое-либо оборудование для холодильной цепи. Причина заключается в том, что Всемирный банк и МЗ приняли решение, что все внешнее финансирование кампании по иммунизации будет покрыто другими донорами. Модернизация, проводимая под заем Азиатского банка развития, как раз и заключается в поставке стандартного пакета для учреждений общественного здравоохранения, закупка которого будет проводиться на основе международного тендера, а потребности учреждений, выбранных для модернизации, будут определены учреждением, координирующим проект, Ассоциацией больниц и Ассоциацией семейных врачей. Ассоциация ВСП подготовила список оборудования, которое может быть закуплено через АВСП на средства Фонда здравоохранения (в настоящее время АВСП получает 55% средств из данного фонда).

Были разработаны специальные холодильники и морозильники для хранения вакцин (ВОЗ:1998), которые могут дольше поддерживать необходимый температурный режим (в случае перебоев с энергопитанием) и имеют лучшую изоляцию, чем отечественное оборудование, что обуславливает более надежную защиту анатоксинам и вакцине против гепатита В, которые приходят в негодность при замерзании. Ни персонал программы «Реабилитация лечебных учреждений», ни штаб координации проекта не знали, что оборудование для холодовой цепи должно соответствовать более жестким спецификациям, чем те, которые приняты для отечественных холодильников. Даже если бы они отслужили весь срок, потери вакцин при хранении из-за неадекватного температурного режима были бы столь велики, что реальная стоимость подобных холодильников оказалась бы гораздо выше закупочной цены.

Существует определенный риск, что деньги на закупку оборудования для холодовой цепи, полученные в виде займа или через Фонд здравоохранения, будут потрачены не на нужное оборудование. Экспертная группа видела замерзшую вакцину АКДС во время своего визита, хотя члены группы посетили только шесть медицинских учреждений. Начиная с 1992 года, в календаре иммунизации было снижено число доз данной вакцины, поэтому очень важно, чтобы каждая введенная доза оказалась достаточно иммуногенной. Новые инвестиционные фонды открывают возможности для поставки адекватного оборудования для холодовой цепи; стоимость помощи РЦИ и помощи технических экспертов должна быть включена в процесс выбора спецификации оборудования для холодовой цепи. Это может быть сделано в форме составления «закупочного списка» моделей с указанием технических характеристик, на основании которых ВСП могут сделать свой выбор. Вероятнее всего оборудование для холодовой цепи придется импортировать, поэтому централизованные поставки обойдутся для ВСП дешевле. Необходимо будет также провести подготовку врачей и медсестер для работы с новым оборудованием.

8.7 Слабые звенья в финансировании

Уже было отмечено, что финансирование закупок вакцин (8.1), инъекционных материалов (8.2) и оборудования для холодовой цепи (8.6) находится не на должном уровне. Другие слабые звенья включают транспорт и заработную плату. Процесс выплаты заработной платы в 1997 году был децентрализован для того, чтобы преодолеть проблему задержек; во время осуществления данной миссии была выплачена зарплата за октябрь 1998 года. Заработная плата является «защищенной» статьей государственного бюджета и теперь будет выплачиваться регулярно. Транспортная статья не защищена, и в сельских районах данные расходы будут, вероятно, сокращены. Нехватка транспорта ставит под угрозу как посещение педиатрами ФАПов для обследования детей, подлежащих иммунизации, так и контрольные визиты специалистов-иммунологов СЭС.

Один из способов решения данной проблемы неполного и непостоянного финансирования донорами и через соглашения о предоставлении займа заключается в использовании нового механизма – Национального координационного комитета по иммунизации (НККИ), возглавляемого заместителем министра здравоохранения. Передача данных функций НККИ должна сделать прозрачными многие финансово уязвимые разделы НПИ, что будет способствовать получению полного и рационального финансирования и координации технических методов и подходов. Программа по иммунизации есть нечто большее, чем просто поставка вакцин. НПИ требуется четкий механизм координации как гарантия того, что многие составляющие системы вакцинопрофилактики – политика, работа на местах, расходные материалы, материально-техническое обеспечение,

подготовка специалистов, осуществление поставок, финансирование, мониторинг и управление, были бы между собой тесно связаны.

8.8 Участие СЭС в реформах здравоохранения

Реформы в секторе здравоохранения достигли значительного прогресса. Однако сложно найти конкретные доказательства активного участия персонала санитарно-эпидемиологических станций в их осуществлении. Для этого в 1998 году была предпринята новая инициатива по повышению эффективности работы СЭС по вопросам гигиены окружающей среды и по координации ее работы с Министерством по охране окружающей среды (МЗ и ЕРБ/ВОЗ 1998, МакАртур:1998).

В настоящее время при проведении реформ в секторе первичной медико-санитарной помощи основное внимание уделяется провайдерам медицинских услуг, покупателям и пользователям, а не вопросам общественного здравоохранения и прогнозам на будущее. Экспертная группа отметила много упущенных возможностей для всех сторон, так как РЦИ недостаточно эффективно координировал свои действия с группой по проведению реформ в секторе здравоохранения по вопросам иммунизации. Члены экспертной группы, например, отметили, что в Иссык-Кульской области медсестра по прививкам получала надбавку к заработной плате через АВСП, финансируемую Фондом здравоохранения, но степень распространения такой практики в других местах не исследовалась. Однако совершенно очевидно, что руководители служб иммунизации на районном и областном уровнях не имеют таких тесных контактов с АВСП, чтобы быть включенными на получение надбавок из данного источника. У сотрудников СЭС также отсутствовал какой-либо механизм на получение компенсации за определенные текущие расходы (например, транспорт). Сокращение дефицита бюджета зависит от реформы системы органов местного управления, ее способности собрать налоги и активизировать участие ответственных лиц в распределении средств для профилактических служб. Работа иммунологов и прививочных медсестер способствует партнерству СЭС и ВСП в повышении охвата прививками и его поддержания на высоком уровне. Исходя из этого, группа рекомендовала повысить роль прививочных медсестер и иммунологов.

Профилактические службы являются основой работы врачей первичного звена, в роли которых выступают семейные врачи, поэтому в интересах реформирования служб первичного медико-санитарного звена необходимо более активно подключать к данной работе СЭС. Рамка 6 служит напоминанием того, что службы профилактики оказывают огромное воздействие на снижение уровня заболеваемости. Даже если программа по иммунизации в настоящий момент функционирует хорошо, нужно продолжать уделять постоянное внимание повышению эффективности профилактики заболеваемости и смертности. Изменения, произошедшие в службах иммунизации с 1991 года, свидетельствуют о постоянной необходимости развития и совершенствования.

Рамка № 6: Эффективность профилактики как средства борьбы с заболеваниями

«Анализ распространенности заболевания [для трех стран Центральной Азии] показывает, что болезни, предотвращаемые вакцинацией, оказывают очень незначительное воздействие на население по показателю DALY—число лет, потерянных с учетом нетрудоспособности, хотя заболеваемость некоторыми болезнями, например, дифтерией, в последнее время возросла».

«Однако [данный анализ] не отражает, сколько человеческих жизней будет потеряно, если нам не удастся поддержать нынешний уровень профилактики».

«То же относится к туберкулезу и ЗППП».

“Обзор реформ системы здравоохранения в Центральной Азии”
(Клугман и Шибер:1996)

9. Рекомендации

Министерству здравоохранения были представлены следующие рекомендации (см. Приложение 5):

- 1.1 Сохраняйте территориальный принцип – иммунизация проводится на участке по месту жительства ребенка.
- 1.2 Используйте иммунизацию в качестве индикатора достигнутого прогресса в реформировании сектора первичной медико-санитарной помощи на всех уровнях.
- 1.3 Отметьте вклад врачей и сестер-иммунологов.
- 2.1 Все заинтересованные стороны должны объединиться в единую сеть для использования самого передового опыта в области иммунизации, а также его постоянной пропаганде.
- 3.1 Под эгидой Министерства здравоохранения необходимо вновь учредить Национальный координационный комитет по иммунизации, возглавляемый заместителем министра.
- 3.2 Функция НККИ заключается в надзоре за выполнением календаря иммунизации, (графика иммунизации), внесение в него изменений и проведение расчетов стоимости иммунизационной кампании.
- 3.3 Следующий заем Всемирного банка должен включать иммунизацию как неотъемлемую часть реформы ПМП.

Министр заявил, что процент охвата иммунизацией должен быть использован на всех уровнях как показатель эффективности реформ в секторе здравоохранения. Иммунизация будет и дальше проводиться по территориальному признаку, работа иммунологов будет всячески поощряться; будет создан Национальный координационный комитет по иммунизации (НККИ); следующий заем Всемирного банка будет использован на проведение иммунизационной кампании.

Ниже приводятся рекомендации, представленные в ВОЗ, ЮНИСЕФ, АМР США, Всемирный банк и другим партнерам во время брифингов в Женеве, Копенгагене и Вашингтоне в марте и апреле 1999 года:

- а) Поддержать иммунизацию, предоставив следующий заем Всемирного банка на ее проведение. Министерство здравоохранения обращается к ВОЗу за помощью в подготовке предварительного визита представителей Всемирного банка в мае, во время которого будут обсуждаться вопросы иммунизации.
- б) Оказать поддержку Министерству здравоохранения со стороны ВОЗ по борьбе с распространением гепатита Б.

Данная рекомендация выработана в рамках обещания, данного Генеральным директором ВОЗ Президенту Республики Кыргызстан в Давосе.

- в) Рекомендуем ВОЗ оказать помощь директору Республиканского центра по иммунопрофилактике (РЦИ) в двух областях:
- разработке проекта закона по иммунопрофилактике, включая национальный календарь (график иммунизации), введение системы компенсации за неблагоприятные поствакцинальные осложнения и другим аспектам;
 - подготовке нового плана проведения Национальной программы по иммунизации на период 2000-2005 гг.
- г) Пересмотреть проект реформ сектора здравоохранения МАНАС, включив в него реформирование СЭС, одновременно признавая важность функций РЦИ и областных центров иммунопрофилактики.
- д) Координировать действия с работой по реформированию СЭС в регионах, одновременно учитывая местные особенности каждого района (такие как РЦИ и наличие системы мониторинга для проведения иммунизации в Республике Кыргызстан).
- е) Продолжать пропагандировать необходимость создания Национального координационного комитета по иммунизации.
- ж) Обратиться в Фонд Сороса и к другим потенциальным партнерам с предложением о поддержке кампании по иммунизации.
- и) Продолжать оказывать поддержку политике безопасной инъекции и ее широкому внедрению (оборудование для инъекции, безопасные контейнеры, печи для сжигания).
- к) Убедить Всемирный банк подписать документ о совместной стратегии, разработанной ВОЗ/ЮНИСЕФ/АМР США; данная стратегия выполняет роль гарантии, что при закупке вакцины, оборудование для стерильных инъекций и утилизации расходных материалов также закуплено в необходимых количествах.
- л) Направить технический бюллетень «Оборудование холодильной цепи и низкотемпературная защита» всем специалистам, кто принимал участие в составлении списков оборудования для ПСП.
- м) Разработать показательные индикаторы здравоохранения – процесса и результата – для мониторинга проведения иммунизации (и других служб профилактики) в ходе реформирования сектора здравоохранения.
- н) Информировать Всемирный банк и других партнеров об общем ходе реформ, об особенностях проведения программы по иммунизации и конкретных потребностях, возникающих в ходе ее осуществления.

10. Список литературы

Адамс О, Гедик Г, Кутсин К, Норманд С (1997), "Отчет о ходе реформ в здравоохранении Кыргызстана за период с июля 1996 по апрель 1997", МАНАС Национальная программа по реформе здравоохранения 1996-2006 и ЕРБ/ВОЗ: Копенгаген, Дания.

Азиатский банк развития (1998), "Отчет и рекомендации Президента Совету Директоров о предоставлении займа и гранта по технической помощи для Кыргызской Республики для развития системы социальных услуг и осуществления финансового проекта", RRP: KGZ 29660. Октябрь 1998.

Бэттерсби А (1998), "Краткий обзор европейской холодной цепи," Доклад, подготовленный для ТЕХНЕТ (Техническая сеть по материально-техническому обеспечению в здравоохранении) конференции, Копенгаген, Дания, 16-20 марта 1998. ВОЗ/РПИ/ТЕХНЕТ.98/ВК.17. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации: Женева, Швейцария.

Басс А, Уикс М, Бэттерсби А, Потт Дж. (1996), "Тепловая цепь: Главная проблема Национальных программ иммунизации в странах с умеренным и холодным климатом." Доклад подготовлен для ТЕХНЕТ (Техническая сеть для материально-технического обеспечения в здравоохранении) конференции, Манила, Филиппины, 12-16 февраля 1996. ВОЗ/РПИ/ТЕХНЕТ.96/WR.8. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации, ВОЗ: Женева, Швейцария.

Бисли РП (1988), "Стратегии иммунизации против гепатита," ВОЗ/РПИ/ЖЕН/88.5. Расширенная программа иммунизации, Всемирная организация здравоохранения: Женева, Швейцария.

Бломквист Дж. (1997), "Результаты и рекомендации исследования по работе социальных служб Джалалабадской и Ошской областей, Кыргызская Республика," ТА No. 2688-KGZ, Услуги социальной службы и Финансовый проект, Кыргызская Республика. Подготовлено для Азиатского банка развития: Abt Associates, Inc.

Боровитц М (1996), "Решение финансовых проблем в период реформирования здравоохранения в Кыргызстане," **Здоровье**, весна 1996.

Форум стран ЦАР (1997), "Рабочая группа РПИ: вопросы безопасности иммунизации," Бишкек, Кыргызская Республика, 26-28 ноября 1997: Рекомендации (MCH/EPI/WG/1997/002).

Касселс А (1995), "Реформы сектора здравоохранения: Основные проблемы в странах с низким уровнем развития," Форум «Реформы в секторе здравоохранения», Доклад для обсуждения №1. ВОЗ/SHS/НПЗ/95.4. Национальные системы здравоохранения и политики в здравоохранении, Отдел организации служб здравоохранения, ВОЗ: Женева, Швейцария.

Центры по борьбе с болезнями и их профилактике (1995), "Описание и оценка системы эпиднадзора за инфекционными заболеваниями в Кыргызстане," ЦББ Центрально-азиатское региональное бюро: Алма-Ата, Казахстан.

Филден Р и Нильсен ОФ (1998), "Иммунизация и реформа здравоохранения: Реформы на службе иммунизации," Подготовлен для ВОЗ/ГПВ/РПИ: Женева, Швейцария.

Гелик Г и Кутсин Дж. (июнь 1998), "Отчет о ходе реформ в здравоохранении Кыргызстана за период с декабря 1997 по апрель 1998," МАНАС Национальная программа по реформе здравоохранения 1996-2006 и ЕРБ/ВОЗ: Копенгаген, Дания

Голдштайн Е, Прекер АС, Адейи О, Челарей Г (1996), "Тенденции в развитии служб здравоохранения и финансирование: Переходный период в странах Центральной и Восточной Европы," Том I, Технический отчет Всемирного банка №. 341; Социальные проблемы переходного периода: Вашингтон, США.

Хасселблад С (1993а), "Программа поддержки экстренной иммунизации – Техническая помощь в планировании программы по организации холодной цепи: Кыргызстан," 3 октября-19 ноября 1993. Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Хасселблад С (1993б). "Совершенствование программы иммунизации: совместное планирование доноров и МЗ: Кыргызская Республика," 2 ноября-19 декабря 1993. Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Хасселблад С (1995), Подготовка к прогону информационной системы управления для иммунизационных мероприятий в Кыргызской Республике," февраль 1995, BASICS, Арлингтон, Вирджиния, США.

Хослохнер П и Милслегл Д (1997), "Реформа первичной медико-санитарной службы в Иссык-Кульской области," Программа ЗдравРеформа, Abt Associates, Бетезда, шт. Мэриленд 20814, США.

Межведомственный координационный комитет по иммунизации (1998). Восьмое заседание Межведомственного координационного комитета по иммунизации (МККИ), Копенгаген, 28-29 мая 1998. Секретариат: Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, Дания.

Картоглу У (1997), "Развитие базы по предотвращению поствакцинальных реакций, связанных с программой по иммунизации населения в Центрально-азиатских республиках и Казахстане," Технический проект II. ЮНИСЕФ Региональное отделение в республиках Центральной Азии и Казахстане.

Кит Н (1994), "Базовое исследование изменения стратегии развития национальной программы по иммунизации в Кыргызстане," 1 ноября - 1 декабря 1994, BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США.

Клугман Дж. и Шиббер Г (1996), "Обзор реформы здравоохранения в Центральной Азии," Технический отчет Всемирного банка №344; Социальные проблемы в переходный период: Вашингтон, США.

Фонд Ноу-Хау (1997), "Рационализация больничных служб в Бишкеке," Доклад для обсуждения. Лондонский консорциум гигиены труда: Великобритания.

Фонд Ноу-Хау (1998), "Рационализация и организация работы больниц в Бишкеке, Кыргызстан," Лондонский консорциум гигиены труда: Великобритания.

Фонд Ноу-Хау (1998), "Рационализация и реорганизация системы здравоохранения в Бишкеке," Докладная записка о брифинге в МЗ в конце визита (май 1998; сентябрь 1998); Уточненный рабочий план (ноябрь 1998). Лондонский консорциум гигиены труда: Великобритания.

Фонд Ноу-Хау, "Оценка возможных результатов реформирования СЭС в Кыргызстане с целью улучшения здоровья малообеспеченных слоев населения," Отчет подготовлен Гулданой Хардкасл для Лондонского консорциума гигиены труда: Великобритания.

Кутсин Дж. (1995), "Опыт проведения организационной и финансовой реформы в секторе здравоохранения. Современные проблемы АРА Доклад номер 8. ВОЗ/АРА/СС/97.5. Отдел анализа, исследования и оценки, ВОЗ: Женева, Швейцария.

Ларсен Г (1993а) АМР США, "Программа поддержки экстренной иммунизации, Новые Независимые Государства бывшего Советского Союза: Протокол для стандартной оценки вакцины и холодовой цепи," 1 марта 1993. Проект REACH, Джон Сноу Инс. Арлингтон, Вирджиния, США.

Ларсен Г (1993б), "Совместная американо-японская инициатива по иммунизации: Программа помощи Кыргызстану," 24 ноября-18 декабря 1993. Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Люблинская хартия по реформированию системы здравоохранения в Европе, июнь 1996. (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Пер.1) Всемирная организация здравоохранения, Европа.

МакАртур И (1998) Краткое сообщение на заседаниях по Проекту CARNET сосоянии санитарно-эпидемиологической службы (СЭС). Институт гигиены окружающей среды: Лондон, Англия.

МкПайк Б Кутсин Дж. (1997), "Методы оценки реформ здравоохранения. Современные проблемы АРА," Доклад номер 13. ВОЗ/АРА/СС/97.3. Отдел анализа, исследования и оценки, ВОЗ: Женева, Швейцария.

Мелгаард Б (1998), "Иммунизация и реформа здравоохранения: Результаты децентрализации," Доклад, представленный научной консультативной группе экспертов (SAGE), Женева, 9-11 июня 1998. GPV-CVI/SAGE.98/WR.13. Глобальная программа по вакцинам и иммунизации, ВОЗ: Женева, Швейцария.

Министерство здравоохранения (1993а), "Приказ о временном календаре иммунизации по Республике Кыргызстан," апрель 1993, МЗ, Кыргызская Республика: Бишкек.

Министерство здравоохранения (1993б), "Национальная программа по иммунопрофилактике на 1994-2000 гг." ноябрь-декабрь 1993, МЗ, Кыргызская Республика: Бишкек.

Министерство здравоохранения (1996а), Приказ #181: "О введении информационной системы управления в службе иммунизации," 9 сентября 1996, МЗ, Кыргызская Республика: Бишкек.

Министерство здравоохранения (1996б) МАНАС Национальная программа по реформе здравоохранения (1996-2006). МЗ, Кыргызская Республика: Бишкек.

Министерство здравоохранения ЕРБ/ВОЗ (1998), "Реформа санитарно-эпидемиологических служб: Предложение совместного проекта," Европейское региональное бюро ВОЗ: Копенгаген, Дания.

Масгроув П (1996), "Роль государства и частного сектора в здравоохранении: Теория и финансовые схемы," Технический отчет Всемирного банка №. 339: Вашингтон, США.

Ольховский П (1995), "ИОК и социальная мобилизация в Кыргызстане, Таджикистане и России," 20 августа-9 октября 1995, BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США .

Пейк Дж. (1993), "Совместная американо-японская инициатива по иммунизации: Техническая помощь в модернизации и совершенствовании механизмов материально-технического обеспечения национальной холодной цепи в Кыргызстане," 3 ноября - 21 декабря 1993, Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Пейк Дж. (1994), "Совместная американо-японская инициатива: Техническая помощь в создании системы материально-технического обеспечения холодной цепи в Кыргызстане," 25 февраля-31 марта 1994. Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Пастернак Д (1995), "Разработка и внедрение системы контроля качества в Иссык-Кульской области, Кыргызстан," Программа ЗдравРеформа, Abt Associates, Бетезда, шт. Мэриленд 20814, США.

Программа "Здоровье для всех в XXI веке" (1999) Кыргызское республиканское правительство: Бишкек.

Закон о врачах семейной практика в Иссык-Кульской области (проект, 13 ноября 1997).

Роммен И (1997), "Подготовка семейных врачей в Кыргызстане: Формирование нового облика реформ здравоохранения в Центральной Азии," Программа ЗдравРеформа, Abt Associates, Бетезда, шт. Мэриленд 20814, США.

Савас БС, Гедик Г, Кутсин Дж., Коскун Б, Иманбаев А (январь 1998), "Отчет о проведении реформы здравоохранения в Кыргызстане в мае - ноябре 1997," МАНАС Национальная программа реформы здравоохранения в 1996-2006 и ВОЗ/ЕРБ: Копенгаген, Дания.

Савас БС, Гедик Г (1998), "От 1990-х к 2010-му: Реформы здравоохранения в Центральной Азии," Доклад представлен на конференции «Центральная Азия 2010», Алма-Аты, 22 июля 1998. ВОЗ Европейское региональное бюро: Копенгаген, Дания.

Скрябин Р (1994), "Исследование и информационная подготовка к проведению иммунизационной кампании в Кыргызстане," 8 ноября-4 декабря 1994, BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США.

Стайнгласс Р (1992), "Программа поддержки экстренной детской иммунизации: Кыргызстан," Отчет о визите (15-20 марта 1992) АМР США, Проект REACH, Джон Сноу Инс.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Стайнгласс Р (1993), "Встречи по практическим вопросам иммунизационной политики в Республике Узбекистан и Кыргызстан," декабрь 1992, Проект REACH, Джон Сноу Inc.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Стайнгласс Р, Хасселблад С (1993), "Обзор мероприятий AMP США/REACH по поддержке экстренной детской иммунизации в 1992 в четырех центрально-азиатских республиках и требования к иммунизации в 1993 г. Краткий обзор по Таджикистану, Туркменистану, Кыргызстану и Узбекистану," Проект REACH, Джон Сноу Inc.: Арлингтон, Вирджиния, США.

Стайнгласс Р (1994), "Помощь Кыргызской Республике: Учреждение Республиканского центра по проведению Национальной программы по иммунопрофилактике," 23 апреля - 13 мая 1994 г., BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США.

Стайнгласс Р (1997), "Мониторинг эффективного использования ресурсов," Доклад, представленный на Рабочей группе по качеству вакцин и устойчивым программам по иммунизации в Новых Независимых Государствах и в Странах Балтии. ВОЗ/ЕРБ. (CMDS 07 01 09/16) Берлин, Германия. 12-13 ноября 1997

Стайнгласс Р (1998), "Соединение политики, практики, поставок и мониторинга для проведения устойчивой иммунизации в ННГ." Доклад, подготовленный и представленный на заседании ТЕХНЕТ (Техническая сеть по материально-техническому обеспечению в здравоохранении), Копенгаген, Дания, 16-20 марта 1998. ВОЗ/РПИ/ТЕХНЕТ.98/ВП14. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации: Женева, Швейцария.

Стайнгласс Р и Родевалд Л (1997), "Сведение науки и практики для детской иммунизации в России и США," 31-ая Национальная конференция по иммунизации, Детройт, 19-22 мая 1997.

Техническая координационная комиссия, Платный компонент в предоставлении медицинских услуг, Abt Associates (1998), Предварительный отчет о проекте реформирования здравоохранения с введением платного компонента, 2 ноября 1998.

Витек СР и Уортон М (1998), "Дифтерия в бывшем Советском Союзе: Возвращение пандемического заболевания. Пробуждение инфекционных заболеваний," Том 4, октябрь-декабрь 1998.

Уикс М (1995а), "Подготовка к Национальным дням иммунизации и введению информационной системы управлением: Кыргызстан," март 1995, BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США.

Уикс М (1995б), "Национальные дни имунизации в Кыргызстане: Второй тур," май 1995, BASICS: Арлингтон, Вирджиния, США.

Уикс М (1996а), "Совершенствование информационной системы управления на районном и областном уровнях, Кыргызская Республика," 15 февраля - 2 марта 1996 г. BASICS Отчет о поездке: Арлингтон, Вирджиния, США.

Уикс М (1996б), "Повсеместное применение информационной системы управления для проведения иммунизации: Кыргызская Республика," 9 мая - 8 июня 1996 г., BASICS Отчет о поездке: Арлингтон, Вирджиния, США.

Всемирный банк (1996), "Кыргызская Республика: Проект реформы сектора здравоохранения," Отчет по оценке работы персонала, 22 апреля 1996. Отдел людских ресурсов, Департамент III, Европа и Центральная Азия, Отчет №. 15181-KG: Вашингтон, округ Колумбия, США.

Всемирный банк: Кыргызская Республика, Проект реформы сектора здравоохранения. 7-17 октября 1997 г. Докладная записка; Надзорная миссия, 11-25 апреля 1998 г. Докладная записка; Промежуточная надзорная миссия, 2-14 ноября 1998 г. Докладная записка.

Всемирный банк (1998), "Индикаторы мирового развития 1998," Центр обработки данных, Всемирный банк: Вашингтон, округ Колумбия, США.

Всемирная организация здравоохранения (1995), Иммунизационная политика. ВОЗ/РПИ/GEN/95.03 Пер.1. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации: Женева, Швейцария.

Всемирная организация здравоохранения (1996), Конференция ВОЗ по реформированию здравоохранения в Европе, Любляна, Словения, июнь 1996: Научные доклады конференции. EUR/ICP/CARE 01 02 01. ВОЗ Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания.

Всемирная организация здравоохранения (1996), Реформы в Европейском здравоохранении: Анализ текущих стратегий. Краткий обзор. ICP/КАРЕ 94 01/CN 01. ВОЗ Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания.

Всемирная организация здравоохранения (1997), КАРНЕТ Центрально-азиатская республиканская сеть реформирования здравоохранения. EUR/ICP CARE 06 03 01. ВОЗ Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания.

Всемирная организация здравоохранения (1997), МАНАС Программа реформ здравоохранения Кыргызстана. ЕРБ/КРГ КАРЕ 07 01 11. ВОЗ Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания.

Всемирная организация здравоохранения (1998), Информационные таблицы: 1998 Приложение к выпуску 1997 года. ВОЗ/РПИ/LHIS/98.03. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации: Женева, Швейцария.

ВОЗ (1999), ТЕХНЕТ Встреча подкомитета по утилизации игл и других инфекционных отходов, 28-30 апреля 1999 г. Проект отчета.

ВОЗ, ЮНИСЕФ, BASICS, АМР США (1998), "Безопасное обращение с вакциной, холодовая цепь и иммунизация: Руководство для Новых Независимых Государств," ВОЗ/РПИ/LHIS/98.02. Расширенная программа иммунизации, Глобальная программа по вакцинам и иммунизации: Женева, Швейцария.

Приложение 1:

Иммунизация и реформы в секторе здравоохранения в Европейском регионе (включая ННГ)

Проект плана действий для рассмотрения межведомственной группой

(23 декабря 1998)

Историческая справка

В последние несколько лет ряд стран начали проводить реформы в системе здравоохранения и в сфере предоставления медицинских услуг. В этой работе в ряде случаев им была оказана поддержка со стороны доноров, включая организации, функционирующие на основе двусторонних и многосторонних договоров, а также банки развития. В некоторых случаях реформы оказались попыткой продублировать существующие системы здравоохранения в богатых странах (например, Германии, Великобритании и Соединенных Штатах Америки). Подготовка и планирование реформ здравоохранения проходили в контексте радикальных экономических изменений, которые сами пока еще не привели к ожидаемой стабильности и экономическому росту. Только немногим странам удалось завершить проводимые реформы, в большинстве стран процесс реформирования и корректировки курса реформ продолжается.

Многие элементы реформирования системы здравоохранения включают создание новых финансовых механизмов, децентрализацию управления системой здравоохранения и предоставление возможности для местных отделов здравоохранения осуществлять планирование и эффективное предоставление медицинских услуг в новой реформированной системе. В некоторых странах основная задача заключалась в рационализации служб здравоохранения и улучшении координации между ними; в большинстве этих стран разработка концепции предоставления основных медицинских услуг, или основного пакета услуг, является основой планирования реформ, где иногда главным критерием служит принцип самокупаемости. В других странах, особенно в восточной Европе и Новых Независимых Государствах (ННГ), главной целью было внедрение рыночных механизмов в сектор здравоохранения. Реформы были вызваны в основном политическими и экономическими изменениями, которые вышли далеко за рамки сектора здравоохранения как такового. Во многих случаях выбор стратегий при реформировании здравоохранения зависит в основном от взглядов спонсоров, партнеров и советников на данный вопрос, чем от привязки реформ к конкретным местным условиям и потенциалу системы здравоохранения к реформированию. Для пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваемости еще недостаточно исследована роль рыночных механизмов и причин их неудач. Большое внимание уделяется эффективности реформ, но недостаточно сделано для повышения их результативности и влияния на здоровье населения.

В бывших странах коммунистического блока службы профилактики, такие как службы иммунизации традиционно предоставлялись специалистами государственного

сектора, в основном эпидемиологам санитарно-эпидемиологических подразделений на районном уровне. Данная отрасль здравоохранения обычно занимается не только инфекционными заболеваниями (профилактика и эпиднадзор), но также и вопросами гигиены окружающей среды, продовольственной безопасностью и управлением системой общественного здравоохранения на национальном уровне. Педиатры являются лечебным персоналом и подчиняются соответствующему отделу Министерства здравоохранения. [Подобное разделение на профилактику, гигиену окружающей среды и лечение стирается при оказании медицинских услуг: медсестры, которые делают прививки получают инструкции и от врача-педиатра, и от эпидемиолога]. Подобная структура предоставления услуг существовала в течение многих лет, и при ней был достигнут высокий уровень охвата иммунизацией. Данная структура фундаментально отличается от программы, основанной на подходе, принятом специалистами Расширенной программы иммунизации (РПИ), модель которой взята за основу проведения иммунизации в развивающихся странах в рамках оказания медицинской помощи или на основе отдельной вертикальной программы.

Планируемые перемены в системе здравоохранения и процесс реформирования как таковой неизбежно затронет службу иммунизации. Эти изменения в конечном итоге скажутся на традиционных подходах к профилактике, и для сохранения явных преимуществ превентивной медицины, необходимо сделать анализ развития ситуации, чтобы посмотреть, как к высоко эффективным службам иммунизации может быть обеспечен доступ населения и как они могут быть использованы наиболее максимально в контексте проводимых реформ. Более того, службы иммунизации являются общественно значимыми и финансируются государством, поэтому необходимо установить, как реформы системы здравоохранения повлияют на работу служб профилактики, таких как служба иммунизации. Ответственность за профилактику инфекционных заболеваний в большинстве стран мира лежит на государственных службах здравоохранения. Доказательством ослабления государственной системы здравоохранения наглядно служит повторное появление многих инфекционных заболеваний, которые, как казалось, ушли в прошлое. Многие из этих заболеваний можно эффективно предупредить иммунизацией, например, такие как полиомиелит, дифтерия, туберкулез, ЗППП, брюшной тиф, холера, малярия, сибирская язва и другие.

Целевой охват контроля за заболеваниями будет расширен в ближайшие годы, так как появилось много антигенов и происходит расширение целевых групп. Обеспокоенность заключается в том, насколько реформы здравоохранения смогут поддержать международные и национальные усилия по проведению иммунизации, а при этом данные усилия должны соответствовать выбранному страной пути по реформированию здравоохранения.

Цель данного межведомственного обзора – установить и проанализировать изменения в службах иммунизации, разработать руководство по определению стратегических возможностей в поддержании и совершенствовании иммунизационных служб для более эффективного контроля за заболеваемостью в условиях реформирования здравоохранения.

Цели

- Провести оценку проведения иммунизации в 2-3 странах ВОЗ Европейского региона на предмет планирования реформ здравоохранения и способов осуществления.

-
- Определить стратегические цели для оказания влияния на (а) развитие служб иммунизации в регионе и (б) форму донорской помощи по совершенствованию профилактических медицинских служб.

Результаты

- Подготовка отчета на английском языке с переводом на русский для оценки состояния иммунизационных служб в странах до и после проведения реформ. В отчете будет сделан сравнительный анализ полученных результатов по конкретной стране с опытом проведения реформ в других странах.
- Разработка руководства на английском и русском языках для сохранения прошлых достижений в области иммунизации и контроля за заболеваниями и модернизации служб иммунизации в странах, где проводятся реформы здравоохранения и получения поддержки со стороны доноров и партнеров.

Что предполагается сделать

Объем работы, которую предполагает проделать группа, будет состоять из:

- а) описания реформ здравоохранения, процесса эволюции реформ, достигнутого прогресса, возникших проблем и вклада, внесенного различными участниками в данный процесс
- б) анализа структур, функций, вопросов организации и управления, относящихся к службам иммунизации [до и после] проведения реформ в здравоохранении
- в) качественной оценки ожидаемого воздействия реформ здравоохранения на службу иммунизации и предоставляемые ею услуги
- г) определения качественных показателей подобного воздействия, которые могут быть проанализированы в процессе реформ, а также после их завершения
- д) составления отчета об имеющихся ресурсах для проведения кампаний по иммунизации до и после реформ, включая финансовые, материальные и людские ресурсы и источники финансирования плюс аспекты качественного характера (например, своевременность предоставления помощи)
- е) описания активности участия населения в иммунизации до и после реформы
- ж) оценки политической поддержки иммунизации до и после реформ на центральном и местных уровнях
- з) анализу возможных противоречий между усиливающейся децентрализацией или нарастающей приватизацией и региональными или национальными мероприятиями по профилактике заболеваний
- и) оценки последствий децентрализации и приватизации по сравнению с предшествующими мероприятиями, оказавшими влияние на иммунизационные службы
- к) оценки требований по поддержке программы по иммунизации в рамках пакетов помощи основным службам здравоохранения
- л) определения путей придания приоритетности иммунизации как ключевой службе здравоохранения на центральном, окружном и областном уровнях
- м) анализа адаптации службы иммунизации к измененным условиям

-
- н) определения ключевых аспектов функционирования служб иммунизации в условиях реформирования системы здравоохранения, относящихся к региональному [и национальному] уровню
 - о) подготовки набора методических рекомендаций, относящихся к службам иммунизации, которые могут послужить справочным материалом для стран и партнеров, проводящих реформы здравоохранения
 - п) разработки стратегий использования результатов данного межведомственного отчета для развития превентивных служб здравоохранения и форм донорской помощи для поддержания реформ, направленных на сохранение и совершенствование работы основных секторов общественного здравоохранения

План работы

- Руководителем группы назначается медицинский представитель ВОЗ/ЕРБ высокого ранга. Составитель отчета назначается АМР США через Проект BASICS. У каждого члена группы будут письменные задания.
- Обзор ситуации в конкретной стране будет проводиться иностранной группой, состоящей из 4-5 человек плюс 4-5 человек – граждан страны, в которой проходит данный обзор.
- Агентства-участники направят тех же самых членов группы в другие страны для гарантирования преемственности и качества проводимой оценки. Экспертная группа проведет в каждой стране две недели. Поскольку график поездок для иностранных медицинских представителей будет достаточно напряженным и им будет необходимо время на написание отчета между поездками по странам, будет соблюдаться семинедельный интервал.
- Перед началом работы в «полевых условиях» члены экспертной группы ознакомят друг друга с ключевыми рекомендациями и документами, а после разработают подход наиболее эффективного выполнения объема предстоящей работы. Окончательные отчеты от каждого члена группы по завершению работы вручаются главному составителю доклада.
- Члены группы представят письменное краткое изложение результатов исследования на английском и русском языках в МЗ, Министерство финансов и соответствующие партнерские организации по окончании пребывания в стране с одновременным направлением копий в региональные бюро и штаб-квартиры соответствующих партнерских организаций.
- Под руководством ВОЗ/ЕРБ составителем отчета подготавливается и редактируется окончательный вариант для публикации на английском и русском языках.
- Члены экспертной группы проводят брифинг по результатам работы в своих организациях и, в случае необходимости провести совместный брифинг, должны найти для этого время в своем рабочем графике.

Организации-участники

- ВОЗ/ЕРБ, Всемирный банк, ЮНИСЕФ, АМР США (BASICS и Abt Associates)
- Министерство здравоохранения
- Министерство финансов

Члены экспертной группы должны обладать знаниями в таких областях как:

1. Эпидемиология, для:
 - понимания тенденций в развитии болезни
 - интерпретации собранной отчетности до и после (специалист должен обладать навыками по противопоказаниям, подлежащих иммунизации)
 - предотвращения заболеваний, поддающихся профилактике
 - выборе стратегий, включая календарь прививок и дозировку (до и после)
 - освещения ситуаций, когда дозы вводились вовремя (на основе данных исследований, если таковые имеются)
 - составления отчета по детям с противопоказаниями
 - подготовки общей отчетности, данных по эпиднадзору и действий соответствующих служб
2. Управление операциями для:
 - организационной структуры, служащей для выполнения важнейших функций иммунизации до и сейчас (изменения на микроуровне)
 - выборе стратегий, включая подготовку внедрения
 - поставки на национальном уровне; количество, сроки
 - поставки и распределение на суб-национальном уровне; излишки вакцин, нехватка вакцин
 - условия хранения, качество холодной цепи на всех уровнях (включая частных провайдеров)
 - поведение начальника склада (отпускает вакцины и другие расходные материалы)
 - мониторинг, системы отчетности, надзор за качеством (включая частных); повышение квалификации
 - управление ресурсами
3. Клинические и поведенческие аспекты, например:
 - предыдущая практика, изменения в практике, готовность к переменам; обучение и надзор (педиатры, сестры и эпидемиологи)
 - качество услуг и поведение персонала: стерильное оборудование, графики ввода и полнота доз
 - тенденции в поведении клиента, причины для быстрого/медленного вовлечения

-
4. Финансовые, политические и экономические аспекты, например:
- политические события и общие экономические тенденции
 - описание реформ, их генезиса, философии, целей, сложностей, графика осуществления (пилотный проект, планы введения, прогресс, текущий статус); изменения в структурах на макроуровне
 - ответственность за финансирование элементов иммунизации, по уровню/источнику (например, области, районы, местные муниципалитеты) (график таблиц до и после)
 - поставки на национальном уровне; требуемое количество по сравнению с выделенными средствами, тенденции в оценке, утвержденные суммы, сроки
 - поставки и закупки на местном уровне: тенденции в оценке, утвержденные ассигнования, сроки.

Даты

- Работа на местах: 1 - 12 марта 1999 г. в Кыргызстане
- Дебрифинг: на межведомственном заседании координационного комитета по иммунизации в Копенгагене, 25-26 марта 1999 г. [руководитель группы и составитель отчета]
- Работа на местах: дополнительно решить по Болгарии и, возможно, третьей стране
- Составление отчета: по окончании работы во всех странах

Бюджет

Организациям-участникам необходимо профинансировать:

- заработную плату, командировочные и поездку в оба конца (из родной страны в Кыргызстан и обратно) для каждого члена группы
- заработную плату, командировочные и поездку в оба конца (из родной страны в Болгарию и обратно) для каждого члена группы
- местные расходы в каждой стране (услуги переводчика для членов группы, секретарские расходы, поездки внутри страны и командировочные для местного представителя группы из МЗ или МФ в соответствии с договоренностями)
- местные расходы, связанные с проведением дебрифинга в самой стране.

Приложение 2:

График проведения встреч и информация об участниках

Понедельник 1 марта

Д-р Виктор ГЛИНЕНКО	1-й зам. министра здравоохранения
Д-р Светлана ФИРSOVA	Руководитель, Республиканский центр иммунопрофилактики (член миссии ВОЗ)
Д-р Марат БОЗГУНЧИЕВ	Директор, Информационный центр ВОЗ для ЦАР
Проф. Тилек МЕЙМАНАЛИЕВ	Зам. министра здравоохранения, Координатор программы МАНАС

Вторник 2 марта

Д-р Надежда МЕЛЬНИЧУК	Руководитель, Департамент здравоохранения г. Бишкек
Д-р Суюмкан МУКЕЕВА	Старший терапевт, Департамент здравоохранения г. Бишкек Координатор Фонда Ноу Хау
Д-р Фариди ТАБАЛДИЕВА	Гл. педиатр, Департамент здравоохранения г. Бишкек
Д-р Антонина ГУЖАВИНА	Руководитель, Центр иммунопрофилактики, Бишкек
Д-р Сабырян АБДИКАРИМОВ	Генеральный директор, Санэпиднадзор
Д-р Кылычбек АБДРАХМАНОВ	Исполнительный директор, Центр подготовки семейных врачей
Д-р Пауль Фонкен	Центр передового опыта семейной медицины
Д-р Анара АБИЛОВА	Центр передового опыта семейной медицины
Д-р Дэвид ФРИКЕ	Центр передового опыта семейной медицины
Д-р Адълбек ЮДЕНОВ	Зам. главного врача, Бишкек, СЭС

Среда 3 марта

Д-р Айнагуль ИСАКОВА	Председатель, Ассоциация врачей семейной практики
Д-р Шайлообек НЫЯЗОВ	Руководитель, Чуйский областной департамент здравоохранения
Д-р Кубаничбек КАРАКУЛОВ	Зам. руководителя, Чуйский областной департамент здравоохранения

Д-р Салидат АБДИКЕРИМОВА	Чуйский областной центр иммунопрофилактики
Д-р Терме ШАДИКАНОВА	Гл. инфекционист, Чуйский областной департамент здравоохранения
Д-р Темира НАРЫНБАЕВА	Главврач, поликлиника №8
Д-р Исмаил АХУНДОВ	Руководитель СЭС Аламудинского района, Чуи
Г-жа Вера МИХАЙЛИЧЕНКО	Главный эпидемиолог, СЭС Аламудинского района, Чуи
Д-р Наталья КАРАСЕВА	Руководитель Кокджарского ФАПа, гинеколог
Г-жа ГУЛМАРИЯ	Фельдшер, Кокджарский ФАП

Четверг 4 марта

Поездка из Бишкека в Иссык-Кульскую область

Д-р Дамика СААЛИЕВА	Руководитель, Иссык-Кульский областной департамент здравоохранения
Г-н КЫДЫРГЫЧЕВ	Мэр г. Кара-Кол
Д-р Сагынбек ЯЙЗБАЕВ	Главврач, Иссык-Кульская областная СЭС
Д-р Анара ОРОЗАКУНОВА	Руководитель, Иссык-Кульский областной центр иммунопрофилактики
Д-р Гульмира АШРАХАМАНОВА	Руководитель, Иссык-Кульская Ассоциация ВСП
Г-жа Фатима КАШМАХУНОВА	Менеджер, Abt Associates, Иссык-Куль

Пятница 5 марта

Г-н Болот ЭЛЕБЕСОВ	Технический директор, Abt Associates, Иссык-Кульская область
Бакыт АХМАТОВ	Офис менеджер, Abt Associates в штате АВСП в Караколе
Д-р Садырбек ЧЫНЯБАЕВ	Главврач центральной районной больницы, Дьеит-Огузский район, Иссык-Куль
Д-р Тюлен МАКЕЕВ	Главврач, Дьеит-Огузская районная СЭС
Д-р Динара АЛЫБАКОВА	Иммунолог, Дьеит-Огузская районная группа по иммунопрофилактике
Д-р Бегимян КАНАЕВА	Врач, ВСП #2, Дьеит-Огузский район
Д-р Эркингул БАТИРКАНОВА	Врач, ВСП #2, Дьеит-Огузский район
Д-р Любовь ГАБОВА	Врач, ВСП #2, Дьеит-Огузский район
Сестра-иммунолог	ВСП #2, Дьеит-Огузский район
Д-р Зайвакан ОРОЗБАЕВА	ВСП в деревне Саруу, Дьеит-Огузский район

Суббота 6 марта

Г-н Дяныш ДЖИМБАЕВ	Руководитель Иссык-Кульского областного финансового департамента
Д-р КЫРГЫЗБАЕВ	Руководитель, Фонд медицинского страхования, Иссык-Кульский департамент здравоохранения

Г-жа НАИМАНБАЕВА	Ведущий специалист, Фонд медицинского страхования, Иссык-Куль
Д-р Гульнара РАХМАТОВА	Зам. главврача Иссык-Кульского областного роддома в г. Караколе
Марина ТАГИРОВА	Старшая медсестра областного роддома
Шаир ИСМАИЛОВА	Сестра-иммунолог областного роддома

Понедельник 8 марта

Возвращение из Иссык-Куля в Бишкек

Международный Женский День

Вторник 9 марта

Д-р Тюлеген ЧУБАКОВ	Руководитель Центра постдипломного образования, МЗ
Д-р Айнагил ИСАКОВА	Председатель, Ассоциация ВСП
Д-р Махмуд СУЛТАНМУРАТОВ	Координатор «Реабилитационного компонента», Технический комитет по координации, ПРЗ
Г-жа Чинара СЕЙТАЛИЕВА	Координатор по фармацевтике, ПРЗ
Асель САРГАЛДАКОВА	Кординатор по мониторингу и оценке, ПРЗ
Д-р Калышкан КУЛТАЕВА	Кординатор ПМП, ПРЗ
Г-жа Айнура ИБРАХИМОВА	Зам. руководителя, Фонд медицинского страхования

Среда 10 марта

Г-жа Лариса КОЧКОРБАЕВА	Директор, медико-информационный департамент, МЗ
Г-жа Валентина ГАЙДАМАКО	Руководитель, информационно-технический отдел, департамент реформ здравоохранения, МЗ
Г-н Болот САРБАНОВ	Директор, отдел координации проектов Всемирного банка
Д-р Алмаз ИМАНБАЕВ	Представитель по связи с ВОЗ
Г-жа Людмила ЗАБИРОВА	Вопросы здравоохранения, министерство финансов

Четверг 11 марта

Д-р Т.Т. ТОПЧУБЕКОВ	Руководитель департамента педиатрии, Центр непрерывного обучения МЗ
Д-р Алла БУРЕ	Старший инструктор по подготовке сестер, Центр непрерывного обучения
Д-р Джолдош КАЛИЛОВ	Республиканский центр иммунопрофилактики
Г-н Ахмат МАДЕУЕВ	Исполнительный директор, Фонд Сороса
Г-жа Майя АН	Фонд Сороса

Г-жа Динара ДЖОЛДОШЕВА	Всемирный банк
Г-н Кен МАСКАЛЛ	Помощник представителя ЮНИСЕФ
Г-жа Чинара САДЫКОВА	Программный консультант ЮНИСЕФ
Г-жа Шейла О'ДОГЕРТИ	Со-директор программы ЗдравРеформа
Г-жа Женеьева ГРАБМАН	Хелс Маркетинг, Abt Associates, ЗдравРеформа
Проф. Френк ХАРРИС	Консультант Матернити & Педиатрикс, Фонд Ноу Хау
Г-н Дэвин ПОРТЕР	Консультант по медицинскому оборудованию, Фонд Ноу Хау
Д-р Крис ПОТТЕР	Консультант по вопросам политики в здравоохранении и людским ресурсам, КНФ
Г-жа Джейн ХЕЙКОК	Менеджер проекта, Фонд Ноу Хау

Пятница 12 марта

Д-р Накен КАСИЕВ	Министр здравоохранения
Проф. Тилек МАЙМАНАЛИЕВ	Зам. министра
Д-р Виктор ГЛИНЕНКО	1-й зам. министра
Д-р Алмаз ИМАНБАЕВ	Представитель по связям с ВОЗ

Суббота 13 марта

Г-н Стефан ГИШАР	Технический представитель ЮНИСЕФ, Региональный представитель САРК
Г-н Симон СТРАШАН	Старший менеджер проекта, ЮНИСЕФ, Региональный представитель САРК

Приложение 3:

Краткая справка о Республике Кыргызстан

Республика Кыргызстан расположена в северной части Центральной Азии и граничит с Казахстаном, Узбекистаном, Таджикистаном и Китаем. Население страны 4, 48 миллиона человек (1996), территория 19 800 кв км. Кыргызстан – одна из самых маленьких республик бывшего Советского Союза, получившая независимость в 1991 году. Кыргызстан – сухопутное государство, на территории которого находится Тянь-Шаньская горная гряда. Средняя высота над уровнем моря – 2750 метров, и почти все население страны живет выше отметки в 1800 метров. Приблизительно 62% населения живет в сельской местности, а экономика, в основном, связана с сельским хозяйством.

Древние киргизы жили на территории к северо-западу от Монголии, куда они пришли между 200 и 100 гг. до н.э. Здесь они основали свое первое государство, известное как Кыргыз Ханат, которое существовало между 600 и 1300 гг. н.э. В этот период начала развиваться киргизская культура, и впервые появилась письменность на киргизском языке. Исторические события того периода, культурные и народные традиции были отражены в народном эпосе «МАНАС», что также является именем главного народного героя эпоса. Тысячелетие МАНАСа отмечалось в 1995 году.

После 1300 г. н.э. Кыргызстан управлялся различными племенами, а в 1921 году, будучи частью Туркестана, стал республикой Советского Союза. В 1936 году Кыргызстан стал республикой СССР по конституции. После развала бывшего Советского Союза в августе 1991 года Кыргызстан обрел свою независимость.

Этнически киргизы составляют около 57% населения, на втором месте идут русские (19%), затем узбеки (14%), в также украинцы, немцы, татары, дунганы, казахи, уйгуры и таджики. После независимости было много миграции русских, немцев и украинцев в другие страны.

Кыргызстан является демократической парламентской республикой. Законодательный орган состоит из двух палат парламента (Джогорки Кенеш). Нижняя палата – законодательное собрание, состоящее из 35 депутатов, отвечает за принятие новых законов. Верхняя – палата представителей, насчитывает 70 депутатов. С обретением независимости в 1991 году страна пережила переход от централизованной экономики к рыночной, сменив систему управления, основанную на советской форме административного контроля на новое государственное устройство.

Республика разделена на 6 областей (регионы): Чуйская, Иссык-Кульская, Ошская, Таласская, Джалалабадская и Нарынская. Столица – Бишкек – имеет административный статус области. Во главе каждой области находится администратор – Акым, которого назначает президент Республики.

Даже до распада Советского Союза примерно 1\3 населения проживала в абсолютно неприемлимых социальных условиях. С 1990 года в стране наблюдалось значительное падение ВВП. В 1990 г. ВВП на душу населения равнялся \$1075, а в 1994 г. этот показатель составил всего \$630. После ноябрьского кризиса 1998 года почти две трети населения проживало ниже уровня бедности. Кыргызстан начал осуществлять всеобъемлющую программу по макроэкономической стабилизации и структурной перестройке, включая приватизацию, реструктурирование государственных предприятий и реформирование финансового сектора.

Приложение 4:

Ожидаемая нагрузка и количество больных, обслуживаемых специалистами первичного медицинского звена, и эквивалент полной занятости (ЭПЗ)

Информация о нагрузке для врачей конкретной специальности была получена от двух источников. Оба источника дали примерно одинаковую нагрузку для педиатров и гинекологов, но разные данные по терапевтам.

- У каждого педиатра должно быть 750 клиентов в возрасте от 0-14 лет
- У каждого терапевта должно быть 3000 клиентов в возрасте от 15+ лет (или от 1500 до 1700)
- У каждого гинеколога должно быть 3750 клиентов - женщины 15-49 лет

На основе данных Национальной программы по реформе здравоохранения МАНАС (1996-2006), Приложение 1, экспертная группа сделала следующие выводы:

- 37% населения - в возрасте 0-14 лет
- 24% населения – женщины детородного возраста.

Данные выводы были сопоставлены с нормами нагрузки для расчета количества человек, обслуживаемых одним из трех вышеупомянутых специалистов первичного медико-санитарного звена, имеющего полную нагрузку. Два типа нагрузки приведены для терапевтов.

Таблица 1: Планируемая лечебная нагрузка и количество человек, обслуживаемое врачами разных специальностей, и ЭПЗ

Специальность	Нагрузка	Целевые группы	% населения	Население, обслуживаемое одним специалистом	ЭПЗ* на 6 000 человек
Педиатр	750	дети 0-14	37%	2027.0	7.7
Терапевт а	1600	взрослые 15+	63%	2539.7	6.2
Терапевт б	3000	взрослые 15+	63%	4761.9	3.3
Гинеколог	3750	женщины 15-49	24%	15 625.0	1.0

* ЭПЗ: Эквивалент полной занятости

Основанный на текущих выводах о целесообразности рабочей нагрузки, ЭПЗ, находящийся в последней колонке, показывает, что на участке, обслуживаемом одним гинекологом, должно быть восемь педиатров и 6,6 или 3,5 терапевта (в зависимости от предполагаемой выбранной нагрузки). Соответственно, один педиатр на полной ставке должен обслуживать население в 2000 человек. Для гинеколога рабочая нагрузка по обслуживанию этого населения будет составлять 13% его полного времени (около 1/8 ЭПЗ), а у терапевта – 80% (6.2/7.7 ЭПЗ) или 43% (3.3/7.7 ЭПЗ) времени в зависимости от предполагаемой нагрузки.

В реальности никакой медицинский персонал невозможно разделить так точно. Важно отметить, что, когда была учреждена специальность семейного врача, некоторые врачи стали делить свое время между двумя лечебными учреждениями. Некоторые клиники будут иметь больше специалистов одного профиля, чем других. По мере увеличения количества семейных врачей корреляция между специальностью врача и его нагрузкой будет меняться; реформы как раз направлены на то, чтобы максимально и эффективно использовать имеющиеся в здравоохранении ресурсы.

Приложение 5:

Дебрифинг для Министра здравоохранения Республики Кыргызстан, 12 марта 1999 г.

1. Национальная программа иммунизации является эффективной и надежной системой защиты детей от вакцинопредотвращаемых заболеваний.
 - С 1994 года в стране функционирует Республиканский центр иммунопрофилактики.
 - Всеобщий охват и контроль за нуждающимися в вакцинации.
 - Мониторинг охвата на всех уровнях по принципу места жительства.

Данная система хорошо функционирует после проведения реформ в системе общественного здравоохранения.

Риски:

- Миграция
- Исключение иммунологов из системы Фонда медицинского страхования

Рекомендации

1.1 Сохраняйте территориальный принцип – иммунизация проводится на участке по месту жительства ребенка.

1.2 Используйте иммунизацию в качестве индикатора достигнутого прогресса в реформировании сектора первичной медико-санитарной помощи на всех уровнях.

1.3 Отметьте вклад врачей и сестер-иммунологов.

2. Во время реформ были созданы новые структуры. Ассоциация ВСП разработала различные системы, которые должны быть приведены в соответствие с техническими требованиями по проведению иммунизации, ответственность за которые несет РЦИ. Например:

- Показатели качества, список оборудования, родительская карточка ребенка.

Риски:

- Иной взгляд на эти проблемы Ассоциацией ВСП может поставить под угрозу кампанию по иммунизации

Рекомендации

2.1 Все заинтересованные стороны должны объединиться в единую сеть для использования самого передового опыта в области иммунизации, а также его постоянной пропаганде.

-
3. Иммунизация – одно из лучших инвестиций в систему здравоохранения. В настоящее время ее финансирование недостаточно, нестабильно и фрагментарно, многочисленные компоненты программы не всегда интегрированы между собой.

Риски:

- Неисправное оборудование не ремонтируется, старое – не заменяется.
- Финансированию оперативной деятельности (например, транспорту) не уделяется должного внимания.
- Излишек одних материалов и нехватка других.
- Требуется больше вакцины против гепатита Б для полного охвата населения.
- Вакцины не могут быть закуплены «в связке» с использованием заема Всемирного банка. Пробелы в финансировании ведут к нерегулярности в проведении иммунизации.

Рекомендации

3.1 Под эгидой Министерства здравоохранения необходимо вновь учредить Национальный координационный комитет по иммунизации, возглавляемый заместителем министра.

3.2 Функция НККИ должна заключаться в надзоре за выполнением календаря иммунизации, (графика иммунизации), внесение в него изменений и проведение расчетов стоимости иммунизационной кампании.

3.3 Следующий заем Всемирного банка должен включать иммунизацию как неотъемлемую часть реформы ПМП

Переориентация на ПМП и профилактику является отличным шагом, и здесь иммунизация – ключ к успеху.