



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике: о чем говорят факты?



Европейская рамочная основа ВОЗ
для действий по организации
интегрированного предоставления
услуг здравоохранения



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике: о чем говорят факты

Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи

Программа предоставления услуг
здравоохранения

Отдел систем здравоохранения и охраны
общественного здоровья



Европейская рамочная основа ВОЗ
для действий по организации
интегрированного предоставления
услуг здравоохранения

Резюме

В настоящем обзоре представлен критический анализ документации по предоставлению услуг здравоохранения в Кыргызской Республике за последние пять лет. В частности, поднимаются следующие вопросы: какие основные проблемы стоят перед организацией предоставления услуг здравоохранения в стране? Какие актуальные факторы политики здравоохранения следует принять во внимание, чтобы ускорить реализацию программы по совершенствованию организации предоставления услуг здравоохранения? В 2017 году было инициировано исследование в формате аналитического обзора с целью дать ответы на эти вопросы в контексте активизации реформ в сфере предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике. Помимо установления сдерживающих факторов в организации предоставления услуг и их причин, в обзоре также отмечен ряд положительных примеров и инновационных мероприятий, предлагающих практические ноу-хау и политические меры для устранения причин выявленных проблем. В обзоре объединены выводы и рекомендации из более чем 150 документов, касающихся предоставления услуг, которые были опубликованы в период с 2012 по 2017 годы. Целью данной работы было выявить и подчеркнуть последовательность развития информационной составляющей и представить проблематику организации предоставления услуг здравоохранения, используя общие принципы и подход. Выводы исследования были дополнены результатами полуструктурированных опросов ключевых респондентов и обсуждены с основными заинтересованными сторонами в ходе недельного тематического совещания по предоставлению услуг здравоохранения в рамках Программы «Ден Соолук», которое состоялось 4-7 декабря 2017 года. В предлагаемом документе представлены основные выводы и рекомендации, в т.ч. предложенные на тематическом совещании меры по ускоренному внедрению улучшений в процессах выбора услуг, разработки модели медико-санитарных услуг, организации работы поставщиков, организации стратегических закупок и отстройке систем управления, а также других содействующих факторов.

Ключевые слова

HEALTH SERVICES
DELIVERY OF HEALTHCARE
HEALTH CARE IMPLEMENTATION
HEALTH CARE SYSTEMS
KYRGYZSTAN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

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

Фотография на обложке: ВОЗ/Barbazz

Содержание

Сокращения	i
Таблицы, рисунки и вставки	i
Выражение признательности	ii
Основные выводы	iii
О документе	1
Контекст	1
Системные проблемы с точки зрения организации предоставления услуг здравоохранения	2
Вопросы для обсуждения	3
Цели обзора	3
Подготовка обзора и источники	3
Ограничения	6
Структура документа	7
Выбор услуг	8
Ориентированность на потребности населения при определении приоритетности услуг	8
Четкое определение пакета услуг на протяжении всего непрерывного цикла предоставления помощи	10
Вовлечение и изменение поведения пациентов	15
Разработка модели медико-санитарных услуг	17
Разработка маршрутов движения пациентов, включая переход с одного уровня оказания помощи на другой, направления и организацию последующего наблюдения	17
Оказание помощи с учетом индивидуальных потребностей пациентов	20
Организация работы поставщиков и учреждений здравоохранения	23
Сеть учреждений	23
Регулярный доступ к медицинской помощи	26
Четкое распределение профессиональных функций между поставщиками	28
Форматы медицинской практики: команды первичной медико-санитарной помощи, координация, обмен информацией	32
Управление услугами	34
Автономия в распределении и управлении ресурсами медицинских учреждений	34
Поддержание инфраструктуры, техническое обслуживание, ресурсы учреждения	37
Использование подхода, ориентированного на результаты	38
Повышение эффективности	40
Укрепление системы руководства клинической практикой	40
Создание системы непрерывного обучения на протяжении всей жизни	44
Библиография	47
Приложение 1. Инструменты аналитического обзора	60
Приложение 2. Потребности в охране здоровья	65

Сокращения

РЕН	Пакет основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний
ШАРС	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
ТБ	туберкулез
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций

Таблицы, рисунки и вставки

		Страница
Таблицы		
Таблица 1	Переменные в сфере предоставления услуг, использованные для обзора источников	4
Таблица 2	Виды и количество проанализированных документов	5
Рисунки		
Рисунок 1	Концепция предоставления услуг здравоохранения	2
Рисунок 2	Процесс подготовки аналитического обзора	4
Вставки		
Вставка 1	Определение: выбор услуг	8
Вставка 2	Определение: разработка модели медико- санитарных услуг	17
Вставка 3	Определение: организация поставщиков и учреждений здравоохранения	23
Вставка 4	Определение: управление услугами	34
Вставка 5	Определение: повышение эффективности	40

Выражение признательности

Данный обзор подготовлен Европейским центром ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, возглавляемым Juan Tello, при Отделе систем здравоохранения и охраны общественного здоровья под руководством Hans Kluge, и Страновым офисом ВОЗ в Кыргызской Республике, возглавляемым представителем ВОЗ Jarno Habicht.

Авторы выражают благодарность Министерству здравоохранения Кыргызской Республики за участие в сборе отчетов и публикаций и организацию встреч в рамках подготовки данного обзора. Группа Всемирного банка в лице Ha Thi Hong Nguyen, Alaa Hamed, Ana Mylena Aguilar и Асель Саргалдаковой оказала поддержку в разработке структуры обзора в ходе подготовки тематического совещания по предоставлению услуг здравоохранения в рамках Программы «Ден Соолук», которое состоялось в декабре 2017 года.

В обзоре также использованы материалы, предоставленные в ходе подготовительных встреч, которые проводились в целях получения необходимой документации и информации о текущей деятельности, а также для ознакомления с мнением ключевых заинтересованных сторон о положении дел в сфере предоставления услуг здравоохранения. Во встречах с заинтересованными сторонами приняли участие представители следующих национальных организаций: Фонд обязательного медицинского страхования, Республиканский медико-информационный центр, Центр анализа политики здравоохранения, Кыргызская государственная медицинская академия, Ассоциация больниц Кыргызской Республики и Ассоциация групп семейных врачей и семейных медсестер. В ходе подготовки состоялись встречи с партнерами по развитию, включая Германское общество по международному сотрудничеству (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ), KfW Development Bank, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, Группу Всемирного банка, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и Агентство США по международному развитию.

При разработке выводов исследования также были приняты во внимание презентации и обсуждения, прошедшие в ходе тематического совещания по предоставлению услуг здравоохранения в рамках Программы «Ден Соолук», которое состоялось в декабре 2017 года.

Мы отмечаем финансовую поддержку Правительства Казахстана в рамках работы Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи. В подготовке настоящего отчета приняли участие следующие специалисты (в алфавитном порядке):

Авторы

Erica Barbazza, Европейское региональное бюро ВОЗ
Жамин Елгезекова, консультант ВОЗ

Соавторы

Азизбаева Чинара Бекенбековна, консультант ВОЗ
Jarno Habicht, Страновой офис ВОЗ в Кыргызской Республике
Айгуль Сыдыкова, Страновой офис ВОЗ в Кыргызской Республике
Евгений Железняков, Европейское региональное бюро ВОЗ

Технические редакторы и рецензенты

Erica Barbazza, Европейское региональное бюро ВОЗ
Juan Tello, Европейское региональное бюро ВОЗ

Подготовка публикации

David Breuer (редактор)
Jakob Heichelmann (макет)

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ

Настоящий документ представляет собой аналитический обзор, в котором приводятся основные выводы, а также главные источники и факты, касающиеся организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызстане. В 2017 году в контексте разработки новой национальной Стратегии развития сектора здравоохранения и Стратегии развития Кыргызской Республики до 2030 года была поставлена приоритетная задача сформировать понимание основных проблем в организации предоставления услуг здравоохранения, которое основывалось бы на доказательных данных, а также основных причин таких проблем с использованием методов, ориентированных на политику здравоохранения.

В обзоре применяется подход к организации предоставления услуг здравоохранения и определение, предложенное в Европейской рамочной основе ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (145) – руководящем документе по вопросам политики в сфере организации предоставления услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, утвержденном Государствами-членами в 2016 году.

Процесс обоснования начинается с изучения соответствующих результатов в отношении здоровья, которые должны обеспечивать услуги здравоохранения. В Кыргызской Республике бремя заболеваний формируется в значительной степени неинфекционными заболеваниями, особенно сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультами и диабетом. Несмотря на прогресс в снижении смертности от неинфекционных заболеваний, Кыргызской Республике пока не удастся снизить другие показатели, например, такие как распространенность случаев повышенного артериального давления, что, как доказано опытом Европейского региона, является возможным. Причины данного явления связаны с такими факторами, как потребление табака и соли, а также – что не менее важно – низким качеством лечения и контроля гипертонии, особенно среди мужчин. Кроме того, растет взаимообусловленность состояний, вызываемых неинфекционными заболеваниями, проблемами здоровья матери и ребенка и инфекционными заболеваниями (например, больные туберкулезом (ТБ) подвержены более высокому риску развития диабета, а косвенными причинами материнской смертности могут быть врожденные пороки сердца и диабет). В этом контексте подчеркивается необходимость в укреплении системы здравоохранения посредством интеграции предоставления услуг в соответствии с принципами первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. в создании системы, которая обеспечивала бы наличие доступных лекарственных средств и расходных материалов.

С какими основными проблемами сталкивается система предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике?

Несмотря на то, что целью обзора было установить проблемы в организации предоставления услуг здравоохранения и их причины, в ходе работы также был определен ряд положительных и инновационных практических мероприятий, таких как внедрение «караванов здоровья», оборудованных мобильными лабораториями, развитие домашнего патронажа детей и доврачебных осмотров медсестрами, а также пилотных проектов (например, проект автономии поставщиков, внедрение пакета основных мероприятий ВОЗ в отношении неинфекционных заболеваний и проект «Кыргызская Республика: Финансирование здравоохранения на основе результатов»). В совокупности внедрение множества инноваций способствует созданию актуальных для страны знаний и центров передового опыта, которые станут основой будущего развития.

В отчетности за последние пять лет прослеживается четкая последовательность и согласованность выводов об основных проблемах в организации предоставления услуг здравоохранения. Дифференциация проблем по их причинам (процессы предоставления услуг, исходные условия системы и более широкий страновой контекст) позволяет идентифицировать их еще точнее. Критический анализ проблемных вопросов, представленных в проанализированной документации, позволил четче определить проблемы, связанные с процессами предоставления услуг, в том числе перечисленные ниже.

- **Отсутствие подхода, ориентированного на человека, в процессе предоставления услуг.** В изученных источниках четко прослеживается проблема отсутствия подхода, ориентированного на человека, в т.ч.: низкий уровень грамотности населения в вопросах здоровья, сохранение заблуждений в вопросах диеты и образа жизни, несоблюдение врачебных рекомендаций, распространенность самолечения, традиционное предпочтение лечения в стационарах с использованием инъекций, а также низкая осведомленность о стандартах медико-санитарной помощи. Среди врачей и пациентов, согласно источникам, превалирует патерналистский подход к медицинской помощи, который не предполагает вовлечение пациента в процесс принятия решений, касающихся его здоровья.
- **Отсутствие четкой модели оказания первичной медико-санитарной помощи.** Ни общественность, ни медицинские работники не имеют четкого понимания роли первичной медико-санитарной помощи. Одним из главных проявлений этого является тот факт, что пациенты часто обращаются за специализированной помощью в сфере диагностики и лечения в обход первичной медико-санитарной помощи. Система направлений и перенаправлений не функционирует оптимальным образом в силу того, что пациенты самостоятельно решают, к какому врачу обращаться, а семейные врачи направляют пациентов к специалистам для получения услуг, которые могут быть оказаны на уровне первичной помощи. В отсутствие четкого определения сферы первичной помощи к ней отнесены вторичная профилактика и неотложная помощь. Другими проявлениями данной проблемы являются высокий уровень необоснованных госпитализаций, а также отсутствие системы последующего наблюдения после выписки из стационаров в силу слабой организации информационного поля.

- **Отсутствие оптимальной организации услуг, которая обеспечивала бы регулярное и своевременное обращение за медико-санитарной помощью.** График работы учреждений первичной медико-санитарной помощи ограничен четырьмя часами приема на базе учреждения и двумя часами посещений пациентов на дому в день. В отсутствие стандартизированной системы записи на прием при текущей организации работы создаются длинные очереди. Дефицит кадров, особенно в сельских районах, еще более ограничивает доступ к регулярной и своевременной помощи. Другой часто отмечаемой проблемой доступа к помощи является отсутствие политики и плана неотложной транспортировки больных.
- **Отсутствие у руководства полномочий и стимулов для повышения эффективности и качества услуг.** К проблемам, которые затрудняют оптимизацию услуг, относятся отсутствие прозрачности в процессах найма персонала, высокая текучка кадров, низкий уровень автономии в вопросах управления бюджетом на уровне центров семейной медицины, а также вертикальная система отчетности и управления данными с ограниченными механизмами обратной связи. Среди основных причин отмечаются следующие: отсутствие формального обучения руководства, отсутствие стимулов для повышения качества и эффективности услуг, а также отсутствие подотчетности на уровне руководства в целом.
- **Низкая мотивация и престиж семейной медицины обуславливают нежелание обращаться за услугами и их низкое качество.** К проблемам семейной медицины относятся: в целом низкое количество семейных врачей, низкий статус медсестер как медицинских работников, отсутствие мотивации у семейных врачей вести пациентов, неразвитость культуры постоянных усовершенствований и обучения, а также отсутствие у семейных врачей стимулов приобретать новые навыки и повышать квалификацию на постоянной основе.

Какие актуальные факторы политики здравоохранения следует принять во внимание, чтобы ускорить реализацию программы по совершенствованию организации предоставления услуг здравоохранения?

На основе выводов обзора и обсуждений, состоявшихся в ходе недельного совещания по вопросам предоставления услуг здравоохранения, были выработаны и согласованы следующие рекомендации.

1. **Пересмотр содержания Программы государственных гарантий.** Учитывая меняющееся бремя заболеваний, содержание текущей Программы государственных гарантий нуждается в пересмотре. В частности, требуется включение в нее новых услуг, ориентированных на профилактику (например, скрининги, терапия с использованием статинов и т.д.). При пересмотре Программы государственных гарантий необходимо учесть следующее: приоритетность профилактики и лечения на уровне первичной помощи; внедрение практики самостоятельного контроля здоровья пациентами; использование оценки технологий здравоохранения; применение клини-

ческих маршрутов оказания помощи для определения того, какие услуги оказываются на том или ином уровне помощи; сокращение общего количества льготных категорий; более целенаправленное ориентирование льгот на население с низким уровнем доходов.

- 2. Определение принципов приоритетности услуг.** Приоритетность услуг, включаемых в Программу государственных гарантий и финансируемых полностью за счет государства, должна определяться на основе четкого ряда принципов. В частности, рекомендуется, чтобы при определении приоритетности услуг учитывалось следующее: предотвратимая смертность; фокус на продуктивные возрастные группы; экономическая эффективность; оптимальные решения, реализованные на международном уровне; справедливость доступа (особенно для жителей сельских районов); причины и условия возникновения катастрофических накладных расходов.
- 3. Пересмотр потенциала семейных врачей и медсестер.** Необходимо пересмотреть компетенцию семейных врачей с учетом приоритетных услуг. Для расширения охвата услугами и использования имеющихся на уровне первичной медико-санитарной помощи кадровых ресурсов здравоохранения важно делегировать дополнительные функции медсестрам и всему среднему медицинскому персоналу (акушеркам и фельдшерам). Под дополнительными функциями подразумеваются следующие три направления работы: управление факторами риска, профилактика заболеваний и право выдачи лекарств. Важно создать надлежащие условия, чтобы работники первичной помощи могли выполнять свои обязанности, включая следующие: нормативная документация, определяющая функции и компетенции; пересмотр программ обучения как медсестер, так и семейных врачей с акцентом на управление факторами риска и консультирование пациентов; согласование руководств по клинической практики с четким отражением в них функций медицинских работников.
- 4. Повышение привлекательности семейной медицины посредством финансовых и институциональных стимулов.** Для этого потребуется комбинация финансовых и институциональных стимулов, которые позволят привлечь семейных врачей в регионы, испытывающие дефицит специалистов первичной медико-санитарной помощи, в т.ч. следующих: обязательная отработка после окончания вуза; децентрализация послевузовского образования; переход на систему премиальных в зависимости от удаленности в целях поддержки сельских районов и районов с тяжелыми условиями труда.
- 5. Повышение привлекательности первичной медико-санитарной помощи для пациентов с акцентом на удовлетворенность пациентов услугами.** Повысить привлекательность первичной медико-санитарной помощи для пациентов можно несколькими путями, в т.ч., например, следующими: определение пакета бесплатных услуг первичной медико-санитарной помощи, входящих в Программу государственных гарантий, с одновременным внедрением платного оказания тех же услуг на вторичном и третичном уровнях; выделение ряда услуг, которые могут быть получены только на уровне первичной медико-санитарной помощи (например, выдача больничных листов); продление графика работы или введение посменного графика для семейных врачей в целях повышения доступности первичной помощи для общественности. В целях повышения удовлетворенности пациентов может быть полезно изучить ожидания пациентов

и поставщиков. Также необходимо уделять приоритетное внимание информационным кампаниям, направленным на повышение осведомленности и вовлечение общественности, и тесному взаимодействию с местными органами управления.

- 6. Национальный план оптимизации системы предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике.** Для разработки модели здравоохранения, в рамках которой все население Кыргызстана получало бы качественные и экономичные услуги, доступные как с финансовой, так и с физической точки зрения, эффективным и надежным образом, т.е. для решения проблем доступа, справедливости и качества услуг, важно оптимизировать сеть учреждений, оказывающих такие услуги.
- 7. Определение и повышение приоритетности ключевых направлений совершенствования текущей практики стратегических закупок.** Отмечая предыдущие меры по совершенствованию стратегических закупок, авторы предлагают следующие решения в целях дальнейшего совершенствования данных процессов: (1) запуск пилотных проектов стратегических закупок в двух областях (Джалал-Абадской и Таласской) в соответствии с планами на 2018 год, включая тщательно проработанную систему контрактов и распределение ранее пролеченных случаев заболеваний по 26 диагностическим группам с квартальным мониторингом; и (2) пересмотр методов оплаты услуг поставщиков на основе опыта финансирования по результатам, в т.ч.: (а) использование на уровне первичной медико-санитарной помощи подушевого норматива, скорректированного на риски, характерные для обслуживаемого населения, и показатели эффективности, с тем чтобы мотивировать поставщиков расширять охват основными услугами по профилактике заболеваний и повышать качество помощи; и (б) внедрение на уровне стационаров групп диагнозов и показателей эффективности.
- 8. Расширение применения существующих данных.** Учитывая огромный объем доступной информации в системе здравоохранения, необходимо создать механизмы, которые позволяли бы использовать ее потенциал в полной мере. В целях оптимизации имеющихся данных и обеспечения их стратегического использования предлагаются следующие меры: создание плана использования данных в стратегических закупках; четкое распределение обязанностей в отношении использования данных, в особенности между Фондом обязательного медицинского страхования и Министерством здравоохранения; определение механизмов обратной связи, включая информационную обратную связь в адрес поставщиков; внедрение мониторинга и проверок качества данных.
- 9. Разработка национальной системы качественного управления.** Чтобы определить, что означает качественная помощь для Кыргызской Республики, необходимо четко сформулировать данное понятие. Для этого потребуется разработать и принять национальную рамочную основу для действий и план повышения качества медико-санитарной помощи, которые обеспечивали бы принятие соответствующих обязательств на высоком уровне и распределение ролей между заинтересованными сторонами. Более того, в процессе работы по повышению качества медико-санитарной помощи необходимо оптимизировать руководства по клинической практике, а также обеспечить их использование в проверках на предмет

соблюдения установленных требований и для выработки четких индикаторов мониторинга. Также рекомендуется вовлекать в процесс разработки национальных клинических руководств и протоколов профессиональные ассоциации и группы пациентов.

10. Укрепление автономии руководства. Укреплению автономии руководства организаций здравоохранения может способствовать внедрение квалификационных требований к назначению медицинского персонала и конкурентного процесса отбора, а также обучение руководства (совместно с работниками Министерства здравоохранения). Необходимы четкие механизмы предоставления автономии организациям здравоохранения. Потребуется разработка нормативных положений об автономии руководства для каждого из трех уровней помощи, а также для принятия решений об изменении юридического статуса организаций первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи. Также необходимо определить потенциальную роль местных органов управления в процессах предоставления автономии.

11. Пересмотр программ медицинского образования в целях создания компетентного кадрового ресурса семейной медицины. В целях повышения качества образования в области семейной медицины и расширения функций медсестер рекомендованы следующие меры: пересмотр критериев и разработка строгих стандартов аккредитации медицинских вузов и факультетов; утверждение национального плана кадровых ресурсов здравоохранения с указанием требуемого количества специалистов; рассмотрение возможности реформирования образовательных программ для медсестер на основе положительного опыта других стран; децентрализация послевузовских программ семейной медицины, т.е. запуск таких программ в регионах (за пределами Бишкека).

О документе

Контекст

Оптимизация системы предоставления услуг здравоохранения – неотъемлемое условие улучшения показателей здоровья населения. Связь между предоставлением услуг и здоровьем населения четко отражена в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, в которой здравоохранению отведено центральное место. В частности, Цель устойчивого развития 3.8 предусматривает достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, где прогресс будет зависеть от доступа к качественным основным медико-санитарным услугам, которые должны быть безопасны и приемлемы для всех людей и сообществ (146). В Европейском регионе ВОЗ Государства-члены обозначили готовность стремиться к достижению этих целей, отдавая приоритет системам здравоохранения, посредством принятия таких программных документов, как «Здоровье-2020» (147), приоритеты в области укрепления систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей (148), и – новейшей в этом ряду – Европейской рамочной основы ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (145).

В Кыргызской Республике хорошо понимается связь между предоставлением медико-санитарных услуг и показателями здоровья населения. В частности, приоритетность вопросов предоставления услуг здравоохранения отражена в разрабатываемой государственной программе дальнейшего развития здравоохранения Кыргызстана до 2030 года. Это подтверждают и объемы осуществляемой в последние годы деятельности по внедрению и расширению охвата пилотных проектов, направленных на непрерывное совершенствование системы предоставления услуг. В последнее десятилетие также проводилась активная работа по анализу и документальному подтверждению состояния дел в области предоставления услуг и ситуации в системе здравоохранения в целом. Вся эта деятельность и отчетность в своей совокупности создают платформу, дающую ценную информацию о системе предоставления медико-санитарных услуг в Кыргызстане.

Цель данного документа – обеспечить практическое применение накопленных и отраженных в имеющихся источниках знаний и опыта в сфере реформирования системы предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике. В обзоре сравниваются различные точки зрения на вопросы политики здравоохранения в целях выработки обновленной стратегии и плана развития сектора до 2030 года. Проанализировав имеющиеся источники в разрезе предоставления услуг здравоохранения, авторы обзора постарались резюмировать основные проблемы, отмеченные в публикациях и отчетах, а также предложенные в них рекомендации. Полученные выводы должны в конечном итоге помочь в понимании причин тех проблем политики здравоохранения, которые требуют самого срочного внимания для достижения прогресса в реформировании системы предоставления медико-санитарных услуг.

Системные проблемы с точки зрения организации предоставления услуг здравоохранения

Настоящий аналитический обзор посвящен вопросу предоставления услуг здравоохранения. В нем предпринята попытка охарактеризовать истинную природу процессов в сфере организации предоставления услуг и ее комплексную, системную динамику вне программных мероприятий, ориентированных на лечение определенных заболеваний или те или иные уровни оказания помощи. Если рассматривать предоставление услуг как функцию системы здравоохранения и ее основных процессов, можно добиться целостного и системного понимания данной функции и определить исходные условия системы.

На Рисунке 1 представлена концепция организации предоставления услуг здравоохранения. Как видно из рисунка, организация предоставления услуг здравоохранения – промежуточное звено между обслуживаемым населением и другими функциями системы.

Организация предоставления услуг здравоохранения включает пять уникальных процессов: выбор услуг, разработка модели медико-санитарной помощи, организация работы поставщиков и учреждений, руководство процессом оказания услуг и повышение эффективности (149). В данном обзоре рассматриваются перечисленные процессы. Как видно из рисунка, другие функции системы здравоохранения, такие как управление, финансирование и ресурсы, тесно связаны с процессом предоставления услуг и оказывают на него прямое влияние. Несмотря на значение других секторов и общей ситуации в стране, данные факторы находятся вне прямого влияния системы здравоохранения и по этой причине не рассматриваются в настоящем обзоре.

Рисунок 1. Концепция предоставления услуг здравоохранения



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ

Вопросы для обсуждения

Цель данного обзора – провести критический анализ публикаций, посвященных вопросам предоставления услуг здравоохранения, за последние 5 лет и ответить на следующие вопросы:

- С какими основными проблемами сталкивается система предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике?
- Какие актуальные факторы политики здравоохранения следует принять во внимание, чтобы ускорить реализацию программы по совершенствованию организации предоставления услуг здравоохранения?

Цели обзора

Обзор ставит следующие задачи:

- собрать источники для анализа имеющейся информации и осуществляемой деятельности в сфере предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике;
- достигнуть консенсуса относительно выводов и вопросов, касающихся политики предоставления услуг;
- определить приоритетные направления работы по ускорению реформы услуг здравоохранения по результатам дискуссий с представителями национальных государственных органов, основными заинтересованными сторонами и партнерами по развитию на основе выводов обзора.

Подготовка обзора и источники

Для подготовки настоящего прикладного исследования политики в области здравоохранения применялся комплекс методов. На Рисунке 2 представлен процесс подготовки обзора, состоявший из шести основных этапов: (1) определение переменных и критериев обзора в рамках инструмента постановки задач исследования; (2) поиск документов, отвечающих критериям; (3) извлечение необходимой информации из документов; (4) проведение встреч с основными заинтересованными сторонами и партнерами по развитию в целях анализа исследуемой тематики и сбора дополнительных документов; (4) анализ дополнительных документов и обобщение основных выводов; (5) презентация выводов заинтересованным сторонам на тематическом совещании по предоставлению услуг здравоохранения в рамках Программы «Ден Соолук» в целях подтверждения результатов исследования и выработки основных рекомендаций; и (6) доработка обзора на основе материалов, представленных на тематическом совещании, и согласованных рекомендаций. Основные этапы процесса дорабатываются для дальнейшего использования.

Рисунок 2. Процесс аналитического обзора



Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ

Инструмент постановки задач исследования

Все переменные, ключевые слова и основные аспекты соответствуют Европейской рамочной основе для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, а также обозначенным в ней основным сферам деятельности и направлениям работы (145). В Таблице 1 перечислены переменные, используемые в обзоре. Подробное описание переменных приведено в Приложении 1. По каждому документу, включенному в анализ, были рассмотрены основные проблемы и рекомендации в соответствии с используемыми переменными.

Таблица 1. Переменные в сфере предоставления услуг, использованные для обзора источников

Процесс предоставления услуг здравоохранения	Переменные
Выбор услуг	- Ориентированность на потребности населения при определении приоритетности услуг - Четкое определение пакета услуг на протяжении всего непрерывного цикла предоставления помощи - Вовлечение пациента и изменение поведения
Разработка модели медико-санитарных услуг	- Разработка маршрутов движения пациентов, включая переход с одного уровня оказания помощи на другой, направления и организацию последующего наблюдения - Оказание помощи с учетом индивидуальных потребностей пациентов
Организация работы поставщиков и учреждений здравоохранения	- Доступность медицинских учреждений - Регулярный доступ к медицинской помощи - Четкое распределение профессиональных обязанностей между поставщиками (формат медицинской практики) - Варианты медицинской практики
Управление услугами	- Автономия в распределении и управлении ресурсами - Поддержание инфраструктуры, техническое обслуживание, ресурсы медицинских учреждений - Использование подхода, ориентированного на результат
Повышение эффективности работы	- Укрепление клинического управления - Создание системы непрерывного обучения

В обзоре также рассмотрены две дополнительные темы. Во-первых, в контексте приоритетных потребностей населения в услугах здравоохранения, рассмотрены вопросы текущего бремени заболеваний и главные факторы риска, отмечаемые в источниках. Также отмечена важная информация, если она была найдена в источниках, в отношении будущих тенденций изменения потребностей в услугах здравоохранения (см. Приложение 2). Во-вторых, что касается факторов, содействующих функционированию системы здравоохранения, проанализированы основные проблемы и рекомендации, касающиеся таких функций системы здравоохранения, как общее управление, финансирование и ресурсы (в частности, кадровая обеспеченность системы здравоохранения). Отмечается, что данные функции системы являются основными причинами проблем, которые возникают в процессе организации предоставления услуг. Более подробное исследование каждой из функций системы задачами обзора не предусматривалось.

Поиск документов

Для получения исчерпывающей информации проведен анализ широкого спектра документации (нормативно-правовые акты, стратегии, оценки и обзоры, отчеты, презентации, рецензируемые статьи) на разных языках (английском, русском и кыргызском) и с разным статусом (опубликованные материалы, проекты, служебные документы). Основным критерий исключения – дата публикации. Чтобы обеспечить отражение наиболее актуальных данных, в ходе работы рассматривались только те документы, которые были опубликованы или подготовлены в последние 5 лет (с 2012 по 2017 годы). Исключение составляют документы, которые не были приняты в новой редакции и (или) содержание которых сохраняет актуальность.

В Таблице 2 приведен перечень различных видов собранных материалов. Сбор документов осуществлялся вручную с веб-сайтов соответствующих организаций, а также в ходе прямой переписки с известными заинтересованными сторонами и партнерами по развитию и последующих встреч с ключевыми респондентами. Авторы обзора также обращались к спискам литературы, приведенным в документах, которые вошли в обзор. На этапе последней редакции в обзор были включены все презентации, представленные на тематическом совещании по предоставлению услуг здравоохранения в рамках Программы «Ден Соолук» в декабре 2017 года.

Таблица 2. Виды и количество проанализированных документов

Вид документа	Количество
Законодательство	39
Стратегии	25
Презентации	41
Оценки и обзоры	38
Отчеты	24
Рецензируемые статьи	15

Интервью с ключевыми респондентами

Ключевые респонденты, с которыми были проведены интервью, включали местных специалистов и партнеров по развитию, активно работающих в сфере организации предоставления услуг здравоохранения и имеющих достоверную и актуальную информацию по ситуации в этой области. В сентябре 2017 года было проведено около 15 полуструк-

турированных интервью. Респондентам были заданы следующие основные вопросы: (1) какая сфера здравоохранения в Кыргызской Республике наиболее срочно нуждается в улучшениях; (2) какие основные препятствия затрудняют

ускорение реформ в сфере организации предоставления услуг здравоохранения; (3) имеются ли в вашей организации какие-либо документы по вопросам предоставления услуг, которые были опубликованы в последние пять лет и могут быть предоставлены для обзора?

Рассмотренные документы

Было изучено более 150 документов. При этом большая часть выводов и рекомендаций была сделана на основе оценок и обзоров, докладов, научных статей и презентаций. Нормативно-правовые акты, стратегии и презентации, представленные на тематическом совещании, использовались, главным образом, как дополнительный источник информации для перепроверки фактов.

Предварительный обзор литературы занял более четырех месяцев. Авторы попытались максимально глубоко проанализировать доступные источники, учитывая ограниченность времени и характер доступной литературы. В процессе анализа и сбора необходимой информации участвовали четверо рецензентов. Все выводы, сделанные по результатам обзора, были представлены в виде инструмента сбора данных, обобщившего информацию из каждого отчета по переменным, включенным в инструмент постановки задач исследования.

Проверка и подтверждение выводов и рекомендаций

В декабре 2017 года Министерство здравоохранения Кыргызской Республики совместно с Группой Всемирного банка и ВОЗ организовало недельное совещание для заинтересованных сторон, продолжая традицию проведения ежегодных тематических совещаний по приоритетным направлениям текущей Программы здравоохранения «Ден Соолук». В 2017 году тематическое совещание в рамках Программы «Ден Соолук» было посвящено вопросам организации предоставления услуг здравоохранения. Всем участникам совещания были представлены предварительные выводы аналитического обзора на английском и русском языках.

Мероприятие началось с обзорной презентации выводов и основных аспектов исследования. Основные темы были подробно проанализированы в рамках тематических сессий в течение недели. По результатам каждой сессии был выработан ряд рекомендаций. Последний день совещания был посвящен окончательному анализу основных моментов дискуссий и рекомендаций. Все комментарии, презентации и рекомендации, представленные в ходе недельных дискуссий, отражены в настоящем обзоре.

Ограничения

Структура обзора предполагает обобщение информации, опубликованной ранее в других источниках. Таким образом, обзор не является оригинальным исследованием, за исключением интервью с ключевыми респондентами и обобщения результатов дискуссий, состоявшихся в ходе тематического совещания, которые были использованы для проверки и определения приоритетности ключевой информации и рекомендаций. Это означает, что выводы, представленные в настоящем документе, сделаны на основе информации, изученной и представленной в других публикациях. В этой связи некоторые темы, включенные в инструмент обзора, но не получившие широкого обсуждения в литературе, не были освещены в полной мере. Например, большая

часть отчетной документации посвящена вопросам первичной медико-санитарной помощи, и последние отчеты по услугам в области неинфекционных заболеваний и качества медико-санитарной помощи содержат необходимую и актуальную аналитическую информацию. Меньшее внимание в отчетности уделяется вопросам стационарной помощи, специализированных услуг и специфике организации поставщиков на разных уровнях помощи. Информации по вопросам паллиативной помощи и психического здоровья оказалось недостаточно, в связи с чем данные темы отражены в отчете в меньшей степени и соответствующие выводы представлены, главным образом, по результатам интервью с ключевыми респондентами. Есть вероятность, что некоторые дополнительные документы, имеющие отношение к теме данного обзора, не были охвачены анализом. Чтобы свести к минимуму подобные пробелы, авторы отчета ознакомились с дополнительными источниками, которые были отмечены в презентациях и в ходе обсуждений на тематическом совещании.

Структура документа

Содержание настоящего документа структурировано в соответствии с процессом предоставления услуг. Все разделы имеют аналогичную структуру. В начале раздела для каждой переменной приводится несколько примеров положительной и инновационной практики, иллюстрирующих непрерывный прогресс и изменения в процессах предоставления услуг.

Основная задача каждого раздела – обобщить основные проблемы в процессах предоставления услуг, выявленные в ходе анализа. Данные сгруппированы по наиболее актуальным темам. К основным причинам отнесены проблемные вопросы, часто выходящие за рамки процессов организации предоставления услуг, которые отражают системные проблемы, препятствующие реализации потенциала и повышению эффективности процессов предоставления услуг. В конце раздела приводятся рекомендации, регулярно предлагаемые в рассмотренных источниках.

Помимо документов, включенных в обзор, в списке литературы перечислены все текущие стратегии, которые влияют на процессы предоставления услуг, а также применимые законодательные акты и постановления. Во всех случаях, когда работа велась с проектами документов, приведены соответствующие оговорки.

Выбор услуг

В ходе обзора процессов предоставления услуг учитывались следующие моменты:

- ориентированность на потребности населения при определении приоритетности услуг;
- четкое определение пакета услуг на протяжении всего непрерывного цикла предоставления помощи;
- вовлечение пациента и изменение поведения.

Ориентированность на потребности населения при определении приоритетности услуг

В Кыргызстане достигнут определенный прогресс в понимании статистики смертности, факторов риска и их распространенности. Недавние исследования здоровья населения включают Поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору (STEPS) (2013 г.), медико-демографическое исследование (2012 г.), а также проведенные ранее национальное эпидемиологическое исследование распространенности потребления табака (2005 г.) и интегрированный эпиднадзор за неинфекционными заболеваниями в стране (СИНДИ) (2002 г.). Кроме того, в Кыргызской Республике трижды проводилось Глобальное обследование употребления табака среди молодежи (в 2004, 2008 и 2014 годах) (7). На 2018 год запланировано проведение следующего раунда исследования STEPS ВОЗ, а также исследования ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI) (7). Эти исследования дополняют регулярную отчетность Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора по эпиднадзору за инфекционными заболеваниями, а также отчетность Национального статистического комитета и Республиканского медико-информационного центра, ежегодно подготавливающих отчеты о состоянии здоровья населения в Кыргызской Республике и результатах периодических обследований домохозяйств и опросов пациентов (30).

Вставка 1

Определение: выбор услуг

Выбор услуг подразумевает определение приоритетности услуг здравоохранения для четко обозначенных групп населения в целях социально справедливого повышения уровня, поддержания и восстановления здоровья на различных этапах жизни с обеспечением широкого диапазона услуг в соответствии с индивидуальными потребностями (149).

Несмотря на прогресс в формировании базы данных о здоровье населения, которая может использоваться для выбора услуг, существуют следующие проблемы, препятствующие ее оптимальному использованию: уровень дезагрегации данных, а также отсутствие четких механизмов обратной связи, которые можно было бы использовать для целевой ориентации услуг в соответствии с потребностями населения.

Ограничения в части показателей и дезагрегации данных. Степень дезагрегации данных – одна из основных проблем в использовании текущих данных здравоохранения. В частности, имеет место неудовлетворительная дезагрегация данных по возрасту пациентов: например, возрастная категория подростков в национальной информационной системе здравоохранения варьируется в пределах 10-14, 13-17, 15-17 и 15-19 лет (21). Основные показатели по неинфекционным заболеваниям могут быть дезагрегированы по полу, но не по уровню дохода или национальности (3). В нескольких документах подчеркивается необходимость дезагрегации данных по этим переменным, включая возраст и инвалидность, с целью устранения критических различий в понимании рисков заболеваемости и смертности, особенно от неинфекционных заболеваний, среди женщин и мужчин в Кыргызстане (3,17). Также отмечается отсутствие данных по таким важным индикаторам, включенным в Программу «Ден Соолук», как процент больных гипертонией, получающих базовый пакет услуг (91).

Основные причины

Отсутствие четких механизмов обратной связи по данным и ответственности за их использование. Поднимается вопрос о возможности расширения использования имеющихся данных (3,7). Проблема узкого использования данных отмечается как основное проявление неоптимальных механизмов управления в отсутствие четких процессов обратной связи в отношении данных. Более того, отмечается отсутствие на субнациональном уровне четкой системы подотчетности в отношении здоровья населения, которая позволяла бы ориентировать услуги на выявленные потребности и риски. Связанные с этим проблемы включают отсутствие мотивации и потенциала использовать информационную систему в полном соответствии с ее возможностями (7).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Стандартизировать дезагрегацию данных по целевым возрастным группам, полу и таким детерминантам, как доход и национальность для разработки будущих индикаторов мониторинга состояния здоровья населения.
- Пересмотреть механизмы подотчетности в отношении здоровья населения, в частности функции национальных органов, ответственных за данные в секторе здравоохранения: Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Национального статистического комитета и Республиканского медико-информационного центра, а также их филиалов на субнациональном уровне, районных администраций и организаций здравоохранения.

Четкое определение пакета услуг на протяжении всего непрерывного цикла предоставления помощи

Правовую основу для предоставления населению доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи составляют Программа государственных гарантий (Постановление № 790, 2015 г.) и Дополнительный пакет лекарственного обеспечения (Постановление № 790, 2015 г.), Пакет услуг по экстренной медицинской помощи (Приказ № 648, 2012 г.) и Пакет услуг по перинатальной помощи (Приказ № 647, 2012 г.). Программа государственных гарантий обеспечивает всем гражданам доступ к бесплатным услугам первичной медико-санитарной помощи независимо от наличия у них страхования или прикрепления к поставщикам первичной помощи (30). Услуги, оказываемые специалистами первичной медико-санитарной помощи¹, включают: услуги по укреплению здоровья и профилактике заболеваний (иммунизация, инфекционный контроль, обучение пациентов); диагностику (консультации, базовые лабораторные и диагностические исследования); лечение (неотложная медицинская помощь, иммобилизация, назначения лекарств и инъекции) (107).

Несмотря на наличие определенного на законодательном уровне базового пакета медицинских услуг, в изученных источниках регулярно поднимается вопрос о необходимости пересмотра пакета услуг ввиду необходимости их дальнейшего ориентирования на актуальные потребности здравоохранения. В частности, пакет услуг не был полноценно скорректирован с учетом растущего бремени неинфекционных заболеваний. Сохранение практики неофициальных платежей и отсутствие ясности в отношении того, какие услуги должны предоставляться на уровне первичной медико-санитарной помощи, – взаимосвязанные факторы, препятствующие полноценной реализации пакета услуг.

Основные причины

Сохранение расходов со стороны пациентов. В литературе подчеркивается, что некоторые услуги, включенные в Программу государственных гарантий, по-прежнему требуют сооплаты или неофициальной оплаты (23,31,40,72-73,129,131), в результате чего расходы пациентов остаются достаточно высокими (5,17,24,40,49,62,73). Большая часть государственного бюджета на здравоохранение расходуется, согласно отчетным данным, на такие фиксированные статьи, как оплата труда, т.е. расходы на лекарственные средства урезаются (24,30,34,100). Выделение большого количества категорий исключений неэффективно и не отвечает интересам лиц с низким уровнем доходов, что создает дополнительную нагрузку на имеющиеся ограниченные ресурсы (23,34,88,100,106). Недостаток финансирования частично восполняется неофициальными платежами, особенно медицинскому персоналу (31). В отчетах также отмечается, что пациенты не знают о дополнительном пакете лекарственного обеспечения, который покрывает стоимость лекарств или возмещает часть их стоимости (7,30).

Отсутствие ясности в отношении роли первичной медико-санитарной помощи. Как показывают наблюдения, имеются расхождения в понимании того, что представляет собой пакет услуг, которые должны предоставляться на уровне первичной медико-санитарной помощи (106,107). Причина таких

¹ К специалистам первичной медико-санитарной помощи относятся: парамедики, фельдшерско-акушерские пункты, семейные врачи и группы семейных врачей, специалисты центров семейной медицины и центры общей врачебной практики.

расхождений связана с отсутствием ясности в определении компетенции семейных врачей. Отмечается, что пациенты обращаются к семейным врачам только для получения направлений на лабораторные исследования и рецептов, по которым возмещается часть стоимости лекарств. По поводу заболеваний они предпочитают обращаться к специалистам (39).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- В чем заключается видение предоставления услуг? Решение данного вопроса представляется необходимым, чтобы четко определить ожидания относительно того, что должно быть достигнуто в сфере предоставления услуг.
- Пересмотреть базовый пакет услуг, четко определить пакет услуг, который будет соответствовать потребностям населения, и определить приоритетность мер по улучшению результатов в отношении здоровья.

Массовые профилактические мероприятия

Имеет место четко прослеживаемый переход к модели предоставления услуг, ориентированной на профилактику, в частности примеры мероприятий по повышению осведомленности населения и пропаганде здорового образа жизни. В 2014 году в целях принятия мер по профилактике заболеваний в Кыргызской Республике был создан Координационный совет по общественному здравоохранению (Указ № 352, 2014 г.). По всей стране проводятся такие мероприятия, как «День здоровой ходьбы», информационные кампании в средствах массовой информации, например, «Узнай свое давление!», «Неделя гипертонии», организуемая сельскими комитетами здоровья, измерение артериального давления на рабочих местах (3,5,7,9,19,30,42,125). Отмечается успешность инициативы по созданию сельских комитетов, через которую по всей стране и особенно в отдаленных районах ведется работа по повышению осведомленности населения в следующих вопросах: уход за новорожденными, опасная симптоматика во время беременности, бруцеллез, здоровый образ жизни, сердечно-сосудистые заболевания, расширение прав и возможностей граждан (5,7,9,17,19,22,29,42,44).

Трудности оптимизации мероприятий на уровне населения свидетельствуют о сохранении заблуждений среди населения в вопросах здорового образа жизни, неэффективной реализации мероприятий, общем отсутствии приоритетности мероприятий на уровне населения и проблем управления.

Сохранение неправильных представлений о здоровье. Несмотря на многочисленность и разнообразие мероприятий на уровне населения, по всей стране отмечается недостаточная осведомленность населения о здоровом образе жизни, особенно здоровом питании и физической активности (3,7,11,17,30,82,91,120,134). Согласно Поэтапному подходу ВОЗ к эпиднадзору (STEPS, 2013 г.), только 26 % респондентов потребляют рекомендованное количество фруктов и овощей несмотря на их общедоступность, особенно в сельских районах. Осведомленность в вопросах планирования семьи и контрацепции по-прежнему остается низкой (9,10,21,35,40,77,80,86,91), частично в силу религиозных убеждений и традиций (21,40). Профилактические меры, такие как вакцинация, своевременно охватывают большую часть населения (9,76,96,140), но в последнее время отмечается пропаганда против вакцинации по религиозным причинам и снижение уровня вакцинации в силу высокой внутренней миграции (3,5,83,94,96,103,110,130).

Обеспечение эффективной реализации. Несмотря на достигнутый прогресс в области внедрения нового законодательства и мероприятий (120), их реализация требует улучшения. Например, была создана горячая линия, обеспечивающая помощь и поддержку лицам, желающим бросить курить, и были внесены изменения в законодательные акты, регулирующие торговлю табаком и алкоголем (правила продажи и рекламы, наглядные предупреждения о вреде курения, повышение акцизного налога). Вместе с тем сохраняется ряд проблем, в т.ч. неэффективное повышение ставки налогов (33,99), которые могли бы стать дополнительным источником бюджетных доходов (19,33,99,100). Кроме того, несмотря на то, что предусматриваются штрафы, мониторинг соблюдения законодательства не проводится и штрафы за нарушения не взимаются, что свидетельствует о необходимости совершенствования правоприменительных механизмов (3,7,9,17,19,62,91,99).

Основные причины

Низкая приоритетность мероприятий на уровне населения. Как бюджетное финансирование, так и донорская поддержка сохраняют направленность на индивидуальные мероприятия, а не мероприятия на уровне населения (3). Отсутствует стимулирующее финансирование приоритетных программ по сердечно-сосудистым и другим неинфекционным заболеваниям, за исключением Проекта «Действия сообществ по вопросам здоровья», финансируемого Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству (3,58). Существуют программы по решению проблемы инсульта, в т.ч. направленные на улучшение инфраструктуры и технологий, однако отмечается отсутствие координации между ними (6). Также отмечается низкий охват населения такими мероприятиями, как ежегодные скрининги для женщин на выявление рака груди и рака шейки матки, которые охватывают только работающих женщин (85).

Управление услугами здравоохранения для населения на уровне районов. Причины несоответствующего регулирования и проблемы полной оптимизации эффективности мероприятий связаны с проблемами управления мероприятиями в области профилактики и укрепления здоровья на местном уровне. Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляет эпиднадзор (инфекции, железо- и йоддефицитные состояния) на районном уровне; при этом задачи мероприятий здравоохранения на уровне населения определены менее четко, в том числе в отношении факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Как следствие, отмечается необходимость в повышении координации мероприятий, в т.ч. кампаний общественного здравоохранения и сотрудничества между сельскими комитетами здоровья и учреждениями первичной медико-санитарной помощи (9,120). Этому может способствовать разработка четкого видения в отношении предоставления услуг общественного здравоохранения.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Внедрить инновационные платформы для реализации информационных кампаний и подходов для повышения их эффективности. Внедрение систем электронного здравоохранения в районах может способствовать повышению внимания к вопросам управления факторами риска. Можно продолжать целевые кампании по повышению информированности населения (особенно для работающих мужчин), которые доказали свою экономическую эффективность, с привлечением средств массовой информации (37,100,128).

- Улучшить координацию мероприятий на уровне населения с акцентом на подотчетность на уровне районов. При этом необходимо обеспечивать непрерывность предоставления помощи пациентам с повышенным риском, выявленным в ходе кампаний, и оптимизировать потенциальную роль сельских комитетов здоровья, т.е. обеспечить их более четкое взаимодействие с учреждениями первичной медико-санитарной помощи.

Оценка индивидуального риска

Оценка индивидуального риска развития сердечно-сосудистых заболеваний внедрена в рамках Пакета основных мероприятий ВОЗ в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) (11, 16). Реализация проекта PEN началась в июне 2014 года. С тех пор протоколы PEN 1 и 2 были внедрены в Баткене, Бишкеке, Чуйской и Иссык-Кульской областях в 10 центрах семейной медицины, охватывающих 40 % населения.

В целом, однако, показатели выявления факторов риска остаются низкими по следующим причинам: ограниченное использование расчетов стратификации риска, проблемы обучения кадров и проблемы доступа к первичной медико-санитарной помощи, которые ограничивают ее использование (необходимость повторных визитов, длительное время ожидания).

Низкий уровень стратификации риска на практике. Несмотря на введение в пилотных учреждениях PEN практики стратификации риска сердечно-сосудистых заболеваний, первые отчеты свидетельствуют о том, что данный метод еще не полностью освоен медицинскими работниками и, следовательно, не внедрен оптимальным образом (16, 24, 113). Количественные обзоры показывают, что показатели выявления заболеваний не изменились после внедрения протоколов. Также не выявлено существенной разницы в показателях выявления заболеваний в пилотных учреждениях PEN и центрах семейной медицины, не использующих протоколы (11, 113). Отмечаются такие причины, как недостаточность обучения и низкая мотивация персонала первичной медико-санитарной помощи для проведения оценки риска (16, 24).

Основные причины

Низкий уровень использования профилактических услуг. По данным отчетности, низкие показатели выявления заболеваний на раннем этапе (5, 11) сохраняются потому, что многие люди, особенно мужчины, нерегулярно посещают учреждений первичной медико-санитарной помощи (3, 16, 72). В связи с этим часто отмечается затрудненность маршрута получения помощи, т.е. необходимость повторных визитов и длительное время ожидания. В целом отмечается отсутствие планового охвата населения услугами скрининга и раннего выявления заболеваний, т.е. пациентам предлагается пройти обследование, когда они сами обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи. Остается нерешенной проблема невыявления случаев заболеваний, так как многие люди вообще не обращаются в учреждения первичной медико-санитарной помощи (3, 16, 72).

Также отмечаются проблемы в сфере профилактики и консультирования по сердечно-сосудистым заболеваниям, особенно среди лиц с низким уровнем риска, поскольку врачи уделяют консультированию по вопросам здорового образа жизни больше внимания, чем профилактической медикаментозной терапии, например, с использованием статинов (3, 7, 16, 19, 82, 91, 100).

Отмечается ограниченный охват больных гипертонией последующим врачебным наблюдением после первичной консультации (3,110). Также не осуществляется на постоянной основе контроль выполнения пациентами назначенного медикаментозного лечения. То же касается вторичной профилактики после острого инфаркта миокарда и инсульта (3,39,51,78,82). К основным причинам, отмечаемым в отчетности, относятся отсутствие координации между поставщиками (3,7,39) и высокая стоимость лекарств (3,78,110,120).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Существует необходимость внедрения комплексной стратификации риска для борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом. Однако дальнейшая работа по внедрению практики оценки индивидуального риска должна быть направлена на адаптацию и развитие применяемой модели посредством использования соответствующих технологий, позволяющих подтвердить диагноз в ходе одной консультации по месту жительства. Предлагаемые в источниках вспомогательные услуги для дополнения стратификации риска включают консультирование пациентов с низким уровнем риска и услуги, ориентированные на обучение и вовлечение пациентов.
- Обеспечить, чтобы к компетенции медицинского персонала были отнесены услуги по консультированию пациентов и другие услуги, направленные на повышение грамотности в вопросах здоровья, включая эффективное привлечение медсестер, в т.ч. на этапе доврачебного осмотра, с тем чтобы повысить сбалансированность и эффективность распределения рабочей нагрузки между специалистами первичной медико-санитарной помощи (см. раздел «Организация поставщиков и учреждений здравоохранения»).

Лечение и ведение заболеваний

Лечение и ведение заболеваний остается прерогативой специалистов даже для пациентов с низким уровнем риска. Несмотря на улучшения, реализованные в результате перехода к амбулаторной помощи, например для больных туберкулезом (ТБ), по-прежнему распространены случаи необоснованной госпитализации. Контроль соблюдения пациентами назначенного лечения остается низким, что отражается на вторичной профилактике.

Ограниченные возможности лечения на уровне первичной медико-санитарной помощи. Лечение и вторичная профилактика на уровне первичной медико-санитарной помощи остаются недостаточными. Семейные врачи ограничены в лечении сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Они направляют пациентов к специалистам, поскольку эти заболевания считаются их специализацией. Лицам с сердечно-сосудистыми заболеваниями не назначается рекомендованная терапия статинами (3,16,82). Также недостаточно контроля за соблюдением пациентами рекомендованного лечения (9,14,19,37,40,41). Улучшились показатели лечения ТБ и ВИЧ на амбулаторном уровне, однако сохраняются случаи необоснованной госпитализации больных ТБ с низким риском и назначения токсичного лечения лицам с лекарственно-устойчивым ТБ (14,25,136,141).

Семейные врачи редко участвуют в ведении заболеваний. Пациенты, даже с низким уровнем риска, направляются к специалистам (кардиологам, эндо-

кринологам и невропатологам) (3,5,39,40). Неэффективное управление факторами риска и отсутствие последующего наблюдения отмечаются как основные причины неудовлетворительности вторичной профилактики (11,17,19,82).

Основные причины

Неэффективное управление назначениями лекарственных препаратов.

Фармацевтические компании играют ключевую роль в назначении лекарств, создавая стимулы для врачей выписывать больше лекарств, чем необходимо. Отмечается, что Ассоциация за прозрачность лекарственного обеспечения принимает меры для повышения прозрачности и информирования населения о вреде и опасности использования небезопасных лекарств (70). Тем не менее, сохраняется агрессивное продвижение определенных брендов без внешней оценки (3), в результате чего имеют место бездоказательные назначения и полипрагмазия (24).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Обеспечить соответствие государственного пакета лекарственных средств приоритетным задачам системы здравоохранения и услуг по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний, включая предоставление доступа к бесплатным лекарствам и возмещение их стоимости.

Вовлечение и изменение поведения пациентов

Кыргызстан на протяжении длительного времени ведет работу по расширению прав и возможностей населения в сфере предоставления услуг здравоохранения и успешно реализовал такие инициативы, как сельские комитеты здоровья, направленные на расширение участия пациентов в получаемой ими медико-санитарной помощи. Сельские комитеты здоровья активно работают над повышением осведомленности о здоровом образе жизни (20,29,30,44,80). Фонд обязательного медицинского страхования проводит регулярные встречи с общественностью, медицинскими работниками и неправительственными организациями (1807 встреч в 2016 году). Фонд обрабатывает заявки на основании устных, письменных и электронных запросов, посредством онлайн-чатов и на основании личного обращения в общественную приемную (8).

Низкий уровень общей грамотности в вопросах здоровья. Несмотря на ряд инициатив по информированию и обучению общественности, отмечается низкий уровень осведомленности населения в вопросах здоровья и услуг здравоохранения. Согласно источникам, пациенты обращаются в медицинские учреждения только тогда, когда состояние отражается на их повседневной жизни (3,7). Также в связи с культурными особенностями существует проблема замалчивания проблем употребления алкоголя, психического здоровья и вопросов полового воспитания (21). Пациенты с ТБ и ВИЧ подвергаются стигматизации со стороны общества (21,48).

Патернализм. Среди врачей и пациентов превалирует патерналистский подход к медицинским услугам, который не предполагает участия пациента в принятии решений о его здоровье. Распространено представление, что пациент

несет ответственность за свои проблемы и удовлетворение своих специфических потребностей (37). Несмотря на в целом низкий уровень осведомленности пациентов о стандартах помощи (3), в то же время люди сомневаются в квалификации семейных врачей, что приводит к высокому уровню самолечения или использования альтернативных немедицинских видов лечения (79).

Отсутствие подхода, ориентированного на человека. Распространено мнение, что население по возможности старается не обращаться за медицинской помощью по причине связанных с этим неудобств. Так, например, в ходе комплексного исследования, посвященного стратегиям обращения мужчин-гипертоников за медицинской помощью, было установлено, что препятствиями для обращения за медицинской помощью и посещения врача являются длительность ожидания, высокая стоимость обследований и удаленность сельских районов. Также отмечается, что люди чаще обращаются за неофициальными консультациями (37).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Какие услуги доступны или необходимы для информирования общественности и вовлечения пациентов (решение проблемы низкого уровня соблюдения назначенного лечения, вопросы доверия, дезинформация)? Как можно использовать опыт эффективной работы сельских комитетов здоровья и местных органов управления для выработки возможных решений?
- Ориентировать работу на маргинализированные и уязвимые группы населения, чтобы содействовать их вовлечению в принятие решений, касающихся услуг здравоохранения.
- Выработать согласованные стимулы для медицинских работников, с тем чтобы содействовать более активному использованию профилактики в целях повышения значимости мероприятий по раннему выявлению заболеваний и последующему наблюдению.

Разработка модели медико-санитарных услуг

Разработка модели медико-санитарных услуг подразумевает:

- разработку маршрутов движения пациентов, включая переход с одного уровня помощи на другой, направления и перенаправления, чтобы отразить оптимальное направление движения пациентов и организации последующего наблюдения;
- оказание помощи пациентам с учетом их индивидуальных потребностей.

Разработка маршрутов движения пациентов, включая переход с одного уровня оказания помощи на другой, направления и организацию последующего наблюдения

Сеть учреждений первичной медико-санитарной помощи в Кыргызстане в настоящее время насчитывает 64 центра семейной медицины и 28 центров общей практики (со стационарными отделениями) (8). На случай необходимости в консультации на уровне первичной медико-санитарной помощи также работает ряд специалистов, например, офтальмологи, отоларингологи и неврологи. В некоторых случаях на уровне учреждения первичной медико-санитарной помощи могут также работать онкологи, психиатры и фтизиатры. Таким образом, пациенты могут получить консультацию специалиста в том же учреждении. Другой вариант – направление пациента на более высокий уровень помощи. Та же схема применяется для перенаправлений.

Вставка 2

Определение: разработка модели медико-санитарных услуг

Разработка медико-санитарных услуг подразумевает разработку маршрутов обслуживания, которые стандартизируют порядок предоставления услуг в соответствии с наилучшими имеющимися фактическими данными, обозначая переходы между типами и уровнями помощи и в то же время учитывая возможность персонализации услуг применительно к индивидуальным потребностям (149).

При этом система направлений и перенаправлений на практике отстроена не оптимальным образом, т.е. часто пациенты самостоятельно обращаются к специалистам, минуя семейных врачей (3,39). Один из наиболее распространенных примеров – больные диабетом, которые предпочитают обращаться напрямую к эндокринологам в диабетических отделениях эндокринологических диспансеров на областном уровне или в столице Кыргызстана Бишкеке. В результате семейные врачи не могут контролировать обращаемость пациентов за услугами специализированной помощи. Пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями семейные врачи могут направлять к кардиологам, однако такие специалисты часто не работают на уровне групп семейных врачей, тогда как в учреждениях более высокого уровня доступ к ним ограничен из-за больших очередей. При этом достаточно легко получить консультацию узких специалистов (например, кардиологов и эндокринологов) в Бишкеке, а в Караколе и Оше они менее доступны. Кроме того, специалисты, как правило, направляют пациентов на госпитализацию, даже если в этом нет необходимости (39).

В целом, согласно источникам, четких критериев госпитализации в отсутствие обязательных протоколов для семейных врачей, которые устанавливали бы критерии направления на уровень стационарной помощи, нет. Отдельными учреждениями, применяющими протоколы PEN, достигнут определенный прогресс в организации оптимальных маршрутов движения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом, однако эти меры по-прежнему реализуются на уровне пилотных проектов. Кроме того, отсутствуют формально закрепленные коммуникация и обмен информацией между врачами первичной медико-санитарной помощи и специалистами: первые не контролируют направление пациента к специалистам, а последние не взаимодействуют на постоянной основе с врачами первичной медико-санитарной помощи (52). Отсутствует информационный обмен в отношении госпитализации и выписки пациентов.

Ввиду высокого уровня необоснованных госпитализаций (79) отмечается недостаточный поток пациентов на уровне первичной помощи (110, 112, 131). Например, пациенты с неинфекционными заболеваниями, как правило, избегают прохождения стандартного доврачебного осмотра и часто обращаются напрямую к специалисту (110). Сердечно-сосудистые заболевания остаются в компетенции кардиологов даже при низком уровне риска у пациента. Выписной эпикриз после госпитализации пишется от руки, часто не содержит всей необходимой информации и не передается своевременно в учреждение первичной медико-санитарной помощи (3,5,20). Перевод пациента с одного уровня системы здравоохранения на другой (например, с районного на областной, с областного на республиканский) зачастую координируется неэффективно (131). Выявление гипертонии на уровне сельских комитетов здоровья и поставщиков первичной медико-санитарной помощи требует, чтобы пациенты затем наблюдались у врача, к которому они прикреплены, однако отсутствует механизм вовлечения пациентов, которые этого не делают (3,9).

В области охраны здоровья матери и ребенка, несмотря на наличие основных требований к проведению дородовых и послеродовых осмотров, отсутствуют критерии для направления и перенаправления больных детей на более высокий уровень помощи (9). Система направлений недостаточно ориентирована на пациенток с патологией беременности (24). Полный цикл оказания медико-санитарной помощи пока не был создан (24). В стране слабо развита патронажная система. Например, в случае охраны здоровья матери и ребенка, только 25 % новорожденных посещаются на дому в течение 2 дней после ро-

дов (20). Среди возможных причин отмечаются низкая мотивация медсестер и недостаточная квалификация семейных врачей в области ведения детей. Аналогичная ситуация наблюдается в сфере дородовой помощи, оказываемой на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Система направлений пациентов с ТБ и ВИЧ также недостаточно развита. Отсутствует систематическое и комплексное взаимодействие между педиатрами и фтизиатрами, а также между противотуберкулезными службами и системой дородового наблюдения за беременными (14,78). Согласно источникам, остается высоким показатель необоснованных госпитализаций больных ТБ (105,108,138). Так, например, источники свидетельствуют, что в 14 % случаев госпитализации в связи с ТБ диагноз не был подтвержден, а у 46 % пациентов были легкие случаи ТБ, которые могли быть пролечены на уровне первичной медико-санитарной помощи. В том же исследовании отмечается, что большинство детей госпитализировались на 94-126 дней, тогда как международными стандартами рекомендуется, чтобы дети получали помощь преимущественно на амбулаторном уровне (25).

Модель предоставления услуг для пациентов с ВИЧ в меньшей степени соответствует текущему бремени заболеваний и характеризуется разрозненностью процессов, а не комплексным подходом к профилактике, диагностике, лечению и ведению ВИЧ. Вмешательства, как правило, проводятся по факту обращения пациента к врачу, т.е. не используются возможности ранней диагностики, которая может существенно улучшить результаты в отношении здоровья (13). Также имеет место стигматизация наркозависимых и больных ВИЧ (69), которая, по мнению авторов рассмотренной литературы, может снижать эффективность программ по обеспечению одноразовыми иглами и шприцами для профилактики ВИЧ у лиц, использующих инъекционные наркотики (68).

Организация последующего наблюдения, особенно для людей с хроническими состояниями, неоднократно отмечается как одна из основных проблем разработки модели предоставления услуг в Кыргызстане. Наиболее ощутимый прогресс достигнут, согласно источникам, центрами семейной медицины, работающими по протоколам PEN, где медсестры в обязательном порядке проводят контроль артериального давления и курительного статуса у всех обратившихся пациентов. Пациенты также получают консультацию по вопросам образа жизни и назначение следующего приема через три месяца (11). Однако данная практика последующего наблюдения характерна только для пилотных проектов, тогда как большинство других пациентов самостоятельно несут ответственность за дальнейшие обращения. Одной из основных причин отсутствия последующего наблюдения после этапа скрининга, т.е. перекладывания ответственности за получение дальнейшей помощи на пациентов, является, по данным источников, отсутствие координации между поставщиками (3). Поскольку семейные врачи в большинстве случаев направляют пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями к специалистам, предполагается, что ответственность за последующее наблюдение и ведение этих заболеваний несут специалисты (39,44).

Аналогичным образом, даже после проведения кампаний, направленных на укрепление здоровья населения, например, организованной сельскими комитетами здоровья акции «Узнай свое давление!», отсутствуют данные о диспансерном наблюдении за пациентами с гипертонией из-за отсутствия координации между сельскими комитетами здоровья и первичной медико-санитарной помощью (7). Последующее амбулаторное наблюдение после выписки пациентов из стационара также проблематично. Это, согласно отчетно-

сти, может быть связано с тем, что соблюдение назначенного режима лечения предполагает существенные расходы со стороны пациента (78).

Пациенты, получившие положительный анализ мокроты на ТБ, и лица, относящиеся к группе высокого риска (например, при наличии сопутствующих заболеваний, алкогольной или наркотической зависимости), подлежат госпитализации до тех пор, пока не будет получен, по крайней мере, отрицательный результат посева мокроты. Несмотря на тяжелое бремя ТБ среди ВИЧ-инфицированных лиц, отсутствует эффективная система направлений, и учреждения, оказывающие услуги по ведению ВИЧ-инфицированных, не получают информации по результатам обследования пациентов на ТБ. Система ведения документации и наблюдения пациентов, получающих антиретровирусную терапию, не развита в достаточной мере (14). Этот процесс и обращения в другие медицинские учреждения зачастую организуются самими пациентами.

Оказание помощи с учетом индивидуальных потребностей пациентов

В отчетах регулярно отмечается низкий потенциал в области учета индивидуальных потребностей пациентов и планирования схем лечения, в особенности для пациентов с множественными состояниями. При разработке процессов и в подходе к организации предоставления услуг в настоящее время не принимаются во внимание комплексные потребности пациентов. Например, услуги по лечению ТБ и диабета не оказываются в одном и том же медицинском учреждении. В результате лица, страдающими обоими заболеваниями и имеющие обычно более низкий социально-экономический статус, сталкиваются с неоправданными организационными сложностями (73). Также отмечается, что мужчины сталкиваются с особыми проблемами с доступом к услугам, включая отсутствие мотивации, в связи с чем для оказания адресных услуг определенным группам населения требуется выработка систематического подхода (11,37).

Ограничения в праве выбора пациентов. В Кыргызской Республике разработана нормативно-правовая база, предоставляющая пациенту право на выбор поставщика услуг среди учреждений, которые заключили контракт с государством на оказание услуг. Тем не менее, согласно ключевым респондентам и отчетам, пациенты предпринимают «множественные попытки» выбрать врача после посещения нескольких поставщиков (72). Выбор врача первичной медико-санитарной помощи осуществляется чаще всего на основе связей и знакомств, а также по совету и рекомендации других врачей.

Основные причины

Наиболее часто упоминаются следующие проблемы: обращение пациентов напрямую к узким специалистам, минуя первичную медико-санитарную помощь, и отсутствие контроля за направлениями со стороны семейных врачей. Это обусловлено рядом причин, тесно связанных с нынешним кризисом в области кадровых ресурсов здравоохранения, при этом некоторые причины лежат вне сектора здравоохранения.

Финансовые факторы. Семейные врачи имеют очень ограниченные финансовые и нефинансовые стимулы для привлечения и удержания пациентов (30). Это связано не только с такими общеизвестными явлениями, как низкая

оплата или низкая профессиональная мотивация, но также в значительной степени с системой подушевой оплаты, ограниченной автономией учреждения в управлении собственным бюджетом, широко распространенной практикой неофициальных платежей в сочетании с низким уровнем доходов населения (58,62,72). Оплата труда семейных врачей пока не зависит от пакета услуг, и врачи не имеют официально прикрепленного к ним населения. Низкая мотивация медсестер (например, в отношении домашнего патронажа новорожденных) – еще одно следствие отсутствия финансовых стимулов, в результате чего, по данным источников, медсестры стараются сокращать транспортные расходы на посещения пациентов на дому.

Потенциал первичной медико-санитарной помощи в части предоставления услуг. Одной из причин самонаправления пациентов к специалистам в обход системы первичной медико-санитарной помощи представляется низкий потенциал и квалификация семейных врачей. В некоторых районах страны эта ситуация усугубляется отсутствием семейных врачей, а также недостаточно развитой инфраструктурой для предоставления услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, отмечается, что у семейных врачей отсутствуют обязательные протоколы направлений, основанные на принципах доказательной медицины, или стандарты, которых они должны придерживаться при разработке маршрутов оказания помощи.

Традиционное предпочтение специализированных стационарных услуг. Население склонно доверять специалистам больше, чем семейным врачам, и поэтому люди часто обращаются напрямую к специалистам, минуя систему первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, и пациенты, и врачи отдают явное предпочтение стационарной помощи. Пациенты чаще всего оплачивают консультации врача и госпитализацию неофициально, т.е. предпочитают платить непосредственно специалистам, а не семейным врачам.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Децентрализация органов здравоохранения для расширения возможностей и полномочий местных органов управления, в т.ч. предоставление им большей автономии в управлении бюджетными средствами, и поддержка семейных врачей могут способствовать гармонизации маршрутов оказания помощи пациентам, повышению мотивации и устойчивости института семейных врачей.
- Необходимо в приоритетном порядке отстроить систему финансовых стимулов для семейных врачей и предложить систему оплаты труда на основе нового пакета услуг первичной медико-санитарной помощи.
- Сокращение высоких показателей необоснованных госпитализаций в связи с заболеваниями, поддающимися лечению на уровне первичной медико-санитарной помощи, будет способствовать не только улучшению услуг, получаемых пациентами, но и более эффективному использованию ресурсов.
- Чтобы усовершенствовать систему последующего наблюдения для пациентов с неинфекционными заболеваниями, ведение дородового и послеродового наблюдения и предоставление патронажных услуг на дому, в т.ч. для лиц, нуждающихся в социальной защите (например, программа

ЮНИСЕФ по домашнему патронажу), рекомендуется укреплять потенциал и мотивацию медсестер посредством обучения и создания финансовых стимулов (наряду с семейными врачами).

- Внедрение программ самопомощи и самостоятельного контроля состояния здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями (по возможности) в центрах семейной медицины в сотрудничестве с местными сообществами и сельскими комитетами здоровья (например, школы диабета и т. д.).
- Внедрение мобильных клиник для улучшения доступа, особенно в отдаленных сельских районах.
- Расширение охвата программой строго контролируемого лечения ТБ коротким курсом химиотерапии (DOTS) на уровне диабетических отделений эндокринологических диспансеров.

Организация работы поставщиков и учреждений здравоохранения

В процессе обзора организации поставщиков и организаций здравоохранения были рассмотрены следующие аспекты:

- сеть медицинских учреждений (центры здоровья, больницы, лаборатории);
- регулярный доступ к помощи (график работы, порядок работы в нерабочее время, неотложная помощь);
- распределение задач между медицинскими работниками;
- формат медицинской практики (команды первичной медико-санитарной помощи, координация, обмен информацией).

Сеть учреждений

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (№ 112, 2009 г.), застрахованные лица имеют право на свободный выбор поставщика медицинских услуг по месту жительства в учреждениях, с которыми Фонд обязательного медицинского страхования заключил договоры (24). Сеть первичной медико-санитарной помощи состоит из ряда учреждений, включая центры семейной медицины, группы семейных врачей, фельдшерско-амбулаторные пункты и центры общей врачебной практики (30). Сельские районы обслуживаются в основном фельдшерско-амбулаторными пунктами, укомплектованными как минимум одним фельдшером или медсестрой и акушеркой в крупных селах. Группы семейных врачей либо входят в состав городских центров семейной медицины, либо обслуживают села с численностью населения свыше 2000

Вставка 3

Определение: организация поставщиков и учреждений здравоохранения

Организация поставщиков и учреждений здравоохранения подразумевает организацию и планирование кадров здравоохранения в разрезе определенных видов услуг, обеспечивающие распределение профессиональных функций и сфер практики в соответствии с условиями оказания услуг и форматом практики (149).

человек. Центры общей врачебной практики создаются путем объединения учреждений первичной медико-санитарной помощи и территориальных больниц и предоставляют услуги в отдаленных и труднодоступных районах (30).

Сеть вторичного уровня системы здравоохранения представлена, в основном, территориальными больницами, сельскими районными больницами, городскими больницами и областными больницами, объединенными с родильными домами, некоторые из которых имеют отделения по предоставлению специализированной амбулаторной помощи. Медпомощь на третичном уровне оказывают республиканские медицинские учреждения, специализированные диспансеры и областные больницы, большая часть из которых находятся в Бишкеке (30).

Несмотря на диверсификацию учреждений первичной медико-санитарной помощи для улучшения доступа к медицинским услугам, практикующих врачей в сельских районах не хватает, что приводит к проблеме удаленности медицинских услуг от населения. Среди основных причин отмечается отсутствие адекватных стимулов для работы на местах, в т.ч. ограниченность возможностей для профессионального развития и, главным образом, бытовые вопросы (жилье, школы). Также имеются проблемы с доступом к диагностическим услугам ввиду того, что соответствующие ресурсы доступны, в основном, в Бишкеке и крупных областных центрах в отсутствие четко отработанной сети или системы транспортировки образцов. Несмотря на необходимость повышения статуса первичной медико-санитарной помощи, подписываются новые контракты с учреждениями третичного уровня.

Проблемы доступа сельских жителей к первичной медико-санитарной помощи. Ситуация в сельских районах страны характеризуется как особенно тяжелая (1,5,7,22,24,30,58,59,61,120) не только ввиду острого дефицита семейных врачей (9,40,56,58) на фоне большого числа специалистов (40,59). В соответствии с Приказом № 31 (2015 г.) о нормах комплектации кадрами в организациях здравоохранения, на каждые 2000 человек населения должен быть один семейный врач, две семейные медсестры на каждую ставку семейного врача и один фельдшер на 1000 человек населения. Однако ключевые респонденты неоднократно отмечали критически низкое количество семейных врачей, особенно в сельских районах (110,113). Так, например, в отчетах утверждается, что в некоторых районах страны группы семейных врачей обслуживают от 6000 до 18000 человек (56,61,63). Сообщается также о таких барьерах, как удаленность служб первичной медико-санитарной помощи (16,22,56). Среди основных причин приводятся следующие: ограниченное число специалистов первичной медико-санитарной помощи (110) и отсутствие стимулов для работы в удаленных районах, а также ограниченная роль местных органов управления в создании таких стимулов для привлечения и удержания медицинских работников.

Проблемы оптимизации сети службы скорой помощи. Службы скорой помощи получают поддержку от партнеров по развитию, в т.ч. в виде закупок оборудования для машин скорой помощи (современные операционные микроскопы, анестезирующие и респираторные средства, кардиомониторы, функциональные кровати, медицинские инструменты) (30,144). Тем не менее, службы скорой помощи сталкиваются с постоянным отсутствием основного оборудования для оказания неотложной помощи (1,3,5,6,30,51,144). Например, в контексте охраны здоровья матери и ребенка, в отчетах отмечается, что дети в основном транспортируются в стационары на частном транспорте или даже приводятся пешком (22). Проблемы в организации своевременной

транспортировки пациентов в областные медицинские учреждения включают: серьезные ограничения в имеющейся системе транспортировки для обслуживания неотложных случаев, недостаточное количество машин скорой помощи в расчете на обслуживаемое население (6, 105), а также отсутствие политики в области регионализации медицинской помощи (3, 120, 125, 110).

Отсутствие согласованности между сетью лабораторий и маршрутами оказания помощи. Достигнут определенный прогресс в решении проблемы доступности лабораторных исследований и оптимизации сети лабораторий благодаря таким инициативам, как караваны здоровья с мобильным лабораторным оборудованием (5, 7, 14), проект лабораторий по тестированию мокроты на ТБ (5, 135) и реорганизация лабораторных услуг в рамках проекта Швейцарии «Автономия организаций здравоохранения». Тем не менее, постоянно подчеркивается, что лабораторная сеть сталкивается с организационными проблемами (3, 9, 135) и что взаимодействие между лабораториями и учреждениями ограничено (14, 135). Ежедневная транспортировка проб в лабораториях доступна только в некоторых областях (14). Наличие оборудования для исследований не обеспечивается на регулярной основе; оборудование доступно, главным образом, в Бишкеке и областных центрах (41, 113).

Основные причины

Отсутствие стимулов для сельских групп семейных врачей. Приняты меры по устранению дисбаланса медицинских кадров в сельских районах, в частности введена 40 % надбавка к должностному окладу медицинским работникам сельских учреждений (Постановление Правительства № 411, 2006 г.). При этом одна из наиболее серьезных проблем – обеспечение медицинских работников и их семей жильем. В соответствии с Законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» медицинским работникам и членам их семей в отдаленных местностях и высокогорных районах предоставляется жилье в случае его отсутствия (№ 6, 2016 г.). Тем не менее, проблемы укомплектования сельских районов медицинскими кадрами, в т.ч. нехватка ресурсов, отсутствие жилья и пассивность местных органов управления в обеспечении жильем медицинских работников, сохраняются (123, 128, 129, 137, 141).

Нехватка кадров. Основные проблемы в сфере оптимизации сети первичной медико-санитарной помощи в сельских районах включают дополнительные потребности в топливе для автотранспорта и оборудовании связи, особенно в отдаленных местностях и высокогорных районах, где отсутствует мобильное и другое оборудование телефонной связи и интернет-покрытие (1, 22). Несмотря на необходимость в развитии инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи для поддержки сети учреждений, подписываются новые контракты на реконструкцию учреждений здравоохранения третичного уровня.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Одна из рекомендованных мер для повышения чувства ответственности и приверженности центров первичной медико-санитарной помощи обслуживаемому населению (50) – совершенствование и расширение баз данных пациентов, разрабатываемых по принципу «снизу вверх» на уровне медицинских учреждений.

- Проблема отсутствия жилья, которая препятствует переезду молодых специалистов на работу в сельские районы, должна решаться местными органами управления (67). Решению проблемы дефицита врачей в сельских районах могут способствовать инвестиции в профессиональную подготовку медсестер и расширение компетенций специалистов первичной медико-санитарной помощи.
- Что касается сети учреждений, в отчетах предлагаются, в частности, следующие соображения: возможность использования центров первичной медико-санитарной помощи с дневными стационарами в качестве сателлита для других учреждений (40); необходимость в пересмотре роли и объема деятельности стационаров и отстройке взаимодействия между стационарами и учреждениями первичной медико-санитарной помощи посредством управления учреждениями (9,25).
- Чтобы сократить время первого реагирования и повысить качество обслуживания при подозрении на острый инфаркт миокарда и инсульт, необходимо наращивать потенциал служб скорой помощи посредством их оборудования аппаратами ЭКГ, дефибрилляторами, пульсоксиметрами и глюкометрами.

Регулярный доступ к медицинской помощи

В соответствии с Приказом № 229 Министерства труда и социальной защиты (2006 г.), для врачей и медсестер центров семейной медицины устанавливается пятидневная рабочая неделя с продолжительностью рабочего времени 7 часов в день (20). Этот график работы включает три часа приема пациентов, три часа посещений на дому и дежурства в выходные дни (20). В области охраны здоровья детей существует практика посещений на дому (патронаж), проводимых семейным врачом или медсестрой. Согласно анализу посещений в рамках патронажа (20), семейный врач должен осмотреть ребенка один раз на дому спустя три дня после выписки из родильного дома, а дальнейшие посещения проводит медсестра (17 раз в течение первого года жизни и 9 раз в возрасте от одного до семи лет) (20).

В отчетности регулярно отмечается ограниченность часов приема учреждений и специалистов первичной медико-санитарной помощи. Респонденты утверждают, что большинство учреждений открыты в среднем 6 часов, из которых 2 часа отводится на посещения на дому, в результате на консультирование пациентов остается 4 часа в день. Не существует системы официальной записи на прием или возможности получить консультацию вне часов приема, кроме как в стационарах. Основные проблемы включают отсутствие стимулов у врачей семейной медицины мотивировать обращение пациентов за первичной помощью.

Ограниченные часы работы учреждений первичной медико-санитарной помощи. Ограниченные часы приема и работы учреждений первичной медико-санитарной помощи – одна из наиболее часто называемых проблем в сфере первичной медико-санитарной помощи. Отмечается, что врачи общей практики работают с 8:00 до 13:00, при этом по статистике они принимают в среднем 59 пациентов в неделю (34). В среднем 4 часа рабочего времени, отведенные на прием пациентов, не позволяют провести полноценный осмотр и консультацию. Среди основных причин ключевые респонденты называют

старение кадров: на уровне первичной медико-санитарной помощи работает много специалистов предпенсионного и пенсионного возраста. Из-за отсутствия возможности обратиться за медицинской помощью в вечернее время, выходные, а также ближе к концу рабочего дня, население необоснованно часто обращается в стационары и службы скорой помощи (20). Время, выделяемое ежедневно на посещения на дому, еще больше ограничивает часы приема в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Отмечается, что патронаж на дому сопряжен с дополнительной нагрузкой для медицинских работников из-за необходимости заполнения дополнительных форм и отказов родителей от патронажа после частых посещений здоровых детей (20). Подобная практика не способствует оптимизации работы медсестер и не позволяет сосредоточиться на семьях и пациентах из групп высокого риска (20).

Отсутствие четкого графика работы. Отмечается, что центры семейной медицины сталкиваются с такими структурными барьерами, как длительное время ожидания приема к врачу и результатов обследования (13, 16). В источниках говорится об отсутствии официальной системы записи на прием в центры семейной медицины (9). Данный организационный недостаток является одной из причин того, что пациенты необоснованно часто обращаются к специалистам без направления врачей общей практики (39).

Ограниченные возможности для получения услуг вне часов приема и при неотложных состояниях. Для получения медицинской помощи после часов приема альтернативы стационарам нет. Транспортировка пациентов в хорошо оборудованные областные центры с квалифицированным персоналом часто затруднена в силу серьезных ограничений системы транспортировки для оказания неотложной помощи (финансирование, оборудование, укомплектованность персоналом) и отсутствия четкой политики регионализации медицинской помощи. Отмечается, что семейные врачи играют весьма ограниченную роль при неотложных состояниях; в частности, роль семейных врачей в предоставлении неотложной помощи и помощи в нерабочее время медицинских учреждений четко не определена.

Основные причины

Отсутствие стимулов и ответственности за результаты. Ключевые респонденты полагают, что основной причиной того, что население не обращается к поставщикам первичной медико-санитарной помощи на постоянной и регулярной основе, является отсутствие стимулов, которые способствовали бы учету потребностей пациентов на уровне первичной медико-санитарной помощи. Отсутствие четкого механизма обеспечения эффективности и подотчетности приводит к отсутствию систематического подхода к развитию у семейных врачей четкого понимания их функций и чувства ответственности перед обслуживаемым населением.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Как можно активнее вовлекать медсестер в посещения на дому, и какую поддержку они могут оказывать в этой связи? В отчетах подчеркивается необходимость увеличения времени приема в учреждениях семейной медицины. Чтобы увеличить часы приема в учреждениях, рекомендуется делегировать посещения на дому медсестрам. Это позволит семейным врачам находиться в центрах в течение дополнительных «выигранных»

часов (20). Также предлагается проработать требования к посещениям на дому, чтобы уделять больше внимания детям и пациентам из групп высокого риска и ограничить и сократить текущее количество посещений детей до нескольких основных визитов. Рекомендуется разработать информационные материалы о посещениях на дому и о том, что должно быть включено в такие посещения (20).

- Для продления графика работы учреждений первичной медико-санитарной помощи рекомендуется ввести посменную систему. Сейчас рабочий день семейного врача короче среднего рабочего дня (6 часов по сравнению с государственной нормой в 8 часов). Признавая ограничения в вопросах оплаты труда и ресурсов, ключевые респонденты предлагают ввести посменную систему как способ увеличить время работы учреждений без существенного изменения требований к семейным врачам. Постепенное увеличение часов приема за счет введения посменной системы позволит продлить время работы учреждений до 12 часов, при этом время работы поставщиков не будет превышать установленной нормы.
- В источниках рекомендуется внедрить комплексный подход к службам скорой помощи для уточнения процедуры передачи пациентов и интеграции услуг первичной медико-санитарной помощи, скорой помощи и стационаров. Например, в пилотных учреждениях проекта «Автономия организаций здравоохранения» машины скорой помощи прикреплены к стационарам, т.е. вопрос о том, нуждается ли пациент в долгосрочном или краткосрочном лечении, решается учреждениями, работающими в круглосуточном режиме. В процессе работы над оптимизацией доступа к службам стандартной и неотложной помощи следует рассмотреть возможность применения данной модели в других регионах страны.

Четкое распределение профессиональных функций между поставщиками

Семейные врачи

Достигнут прогресс в уточнении законодательной базы, регулирующей вопросы деятельности и компетенции семейных врачей. В соответствии с Приказом № 149 Министерства здравоохранения, семейный врач должен уметь провести обследование, назначить необходимый объем исследований для наиболее распространенных заболеваний (включая ТБ и диабет 2 типа) и интерпретировать их результаты, поставить диагноз, определить принципы и методы диагностики, лечения, профилактики распространенных заболеваний и последующей реабилитации. Функции врачей семейной медицины были пересмотрены в 2009 году.

Несмотря на законодательное регулирование, полной ясности в отношении компетенции семейных врачей пока нет, в связи с чем пациенты не всегда понимают, какие именно услуги оказываются семейными врачами. Наиболее часто отмечаются следующие причины: ограниченность стимулов для ведения сложных пациентов; перегруженность административными функциями; вертикальные программы по отдельным заболеваниям; отсутствие компетенции для управления конкретными потребностями и ведения определенных состояний. В результате пациенты во многих случаях предпочитают обращаться к специалистам.

- **Отсутствие четкого понимания роли и сферы деятельности семейной медицины.** Из рассмотренной отчетности следует, что пациенты считают роль семейных врачей достаточно ограниченной. Пациенты относятся к семейным врачам как к «диспетчерам» и обращаются к ним исключительно для того, чтобы получить направление к специалистам или рецепт (40). При этом во многих случаях направления клинически необоснованы, и пациенты направляются к специалистам без стратификации риска (3). Это объясняется отсутствием компетенции или дополнительного обучения, необходимых для подтверждения диагноза, даже при состояниях, представляющих низкий риск (3). Население также считает, что семейные врачи не обладают необходимыми навыками и знаниями, чтобы быть «экспертами во всех вопросах» (14).
- **Перегруженность административными функциями.** Бремя административных функций – еще одна из основных проблем, препятствующих повышению эффективности работы семейных врачей. Из-за слабой информационной системы врачам приходится заполнять множество форм и документов, т.е. проделывать массу ненужной бумажной работы, которая не способствует повышению эффективности (9, 16).

Основные причины

Соотнесение компетенций и функций. Чаще всего отмечается, что тенденция направлять пациентов к узким специалистам обусловлена недостаточным уровнем подготовки семейных врачей. В одной из научных публикаций утверждается, что некоторые семейные врачи отказываются вести инсулин-зависимых пациентов. При этом только 43 % опрошенных врачей сообщили, что ведут пациентов с диабетом (79). Представляется, что семейным врачам не прививаются в полной мере и другие важные компетенции, в т.ч. такие основные неклинические навыки, как эффективное взаимодействие и умение работать в команде.

Отсутствие четкого понимания ответственности. В связи с тем, что оплата работы врачей фиксирована, возникает проблема мотивации, т.е. врачу приходится выбирать, оказывать помощь большему количеству пациентов или пациентам с более сложными состояниями. В отчетности отмечается, в частности, что из-за высокой рабочей нагрузки семейных врачей устраивает, что ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями осуществляется специалистами (39). При этом ключевые респонденты признают, что система стимулирования сама по себе не решит проблему пассивности семейных врачей, поскольку проблема в большей степени обусловлена отсутствием четкого понимания функций и обязанностей семейных врачей по отношению к обслуживаемому населению. Решением данной проблемы может быть уточнение ожиданий в отношении врачей семейной медицины на уровне первичной медико-санитарной помощи, координация предоставления помощи и внедрение четких принципов направления пациентов к специалистам.

Медсестры на уровне первичной медико-санитарной помощи

В 20 пилотных учреждениях пересмотрены должностные инструкции медсестер в сторону расширения и уточнения их обязанностей (5). Также планируется усилить роль медсестер за счет пересмотра программ подготовки с фокусом на неинфекционные заболевания. Акушерки также играют важную роль

в уходе за матерями и новорожденными, однако уровень делегирования им полномочий низкий (5). До начала проекта PEN Министерство здравоохранения открыло доврачебные кабинеты во всех центрах семейной медицины Бишкека (Приказ № 445), в том числе в клиниках, работающих по протоколам PEN и без применения таких протоколов (11). В доврачебных кабинетах медсестры консультируют всех посетителей центров семейной медицины по вопросам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и изменению образа жизни (11). В учреждениях, реализующих проект PEN, внедрены четкие алгоритмы работы для медсестер. В частности работа реорганизована в сторону включения в обязанности медсестер профилактических мероприятий (16). Пациентов без риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и с низким риском ведут медсестры. Такие пациенты получают консультации по вопросам здорового образа жизни и рекомендацию прийти на повторный прием к медсестре в течение трех месяцев (16).

Однако общая функция медсестер в области выявления и контроля неинфекционных заболеваний остается ограниченной, несмотря на относительную укомплектованность первичной медико-санитарной помощи медсестрами. Отмечается низкий уровень делегирования функций и задач медсестрам ввиду отсутствия у них четко обозначенной компетенции на уровне первичной медико-санитарной помощи, а также проблемы низкого статуса и престижа, низкой оплаты труда и ограниченности возможностей постоянного повышения квалификации.

Отсутствие четко обозначенной компетенции медсестер в системе первичной помощи. Несмотря на то, что деятельность медсестер регулируется рядом документов, законодательная база не устанавливает четких взаимосвязей между критериями отбора и требованиями к квалификации, умениям и образованию медсестер, которые в результате оказываются слишком общими и недостаточными для ведения заболеваний (38). В большинстве нормативных актов не уточняется деятельность медсестер по отношению к пациентам, т.е. такие документы носят декларативный и индикативный характер (38). По сути роль медсестер в профилактических услугах и услугах по выявлению и лечению неинфекционных заболеваний остается ограниченной. Так, например, медсестры наделены ограниченными функциями в выявлении сердечно-сосудистых заболеваний (38). Также не предусмотрены обязательные доврачебные осмотры на уровне медсестер перед записью на прием к специалистам или врачам (3). Тем не менее, утверждены клинические протоколы для медсестер и акушерок (9), а в ряде учреждений организованы кабинеты доврачебного осмотра. Данный опыт может стать важным примером в дискуссиях о восстановлении роли медсестер по всей стране (3,5,7,9).

Отсутствие делегирования задач медсестрам. Несмотря на относительную укомплектованность организаций здравоохранения медсестрами, акушерками и фельдшерами, их потенциал и уровень делегирования им задач остаются низкими (5,9). Так, например, в случаях ведения диабета медсестры считаются помощниками врачей. Стандарты сестринской помощи больным диабетом отсутствуют (38,79). Нормативные акты не содержат какой-либо информации о взаимодействии между семейными медсестрами и семейными врачами и не уточняют спектр полномочий, которые могут быть делегированы медсестрам (38). В рамках пилотных проектов медсестры получают дополнительную подготовку, однако возможность применения новых навыков на практике и их последующего развития представляется ограниченной. Тем не менее, имеют место положительные примеры делегирования функций медсестрам, в т.ч. посещений на дому, которые включают предварительный осмотр пациента, оценку риска и патронаж младенцев (20).

Основные причины

Низкий статус и престиж медсестер среди коллег. Возможности постоянного повышения квалификации медсестер представляются ограниченными ввиду отсутствия преподавателей семейной медицины (3). Как отмечалось выше, медсестры считаются подчиненными врачей и не уполномочены принимать решения самостоятельно (18,24). Сестринские услуги характеризуются как ориентированные на выполнение определенных задач, а не на пациента (18). Процесс обучения медсестер осуществляется врачами, а не медсестрами, т.е. обучение ориентировано, главным образом, на освоение сведений о заболеваниях и процедурах, а не развитие критического мышления (18). Многие источники отмечают низкую оплату труда медсестер. Медсестры могут работать по 17 часов в сутки в нескольких местах, чтобы иметь дополнительный заработок (18). Кроме того, отмечается, что медсестры часто становятся объектом организованного найма для работы в частном секторе или международной миграции.

Узкие специалисты

Проблема сокращения дублирования функций и приоритетности специализированных случаев. Отсутствие четкого разделения между функциями семейных врачей и функциями специалистов – одна из причин дублирования в выполнении задач (105). Более того, отсутствие стратификации рисков для пациентов и регулярное направление пациентов с низким уровнем риска к специалистам создает большую нагрузку на последних (3,39). В источниках отмечается, что функции специалистов (5), а также порядок координирования работы специалистов с семейными врачами четко не определены. Таким образом, кардиологи ведут пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, невропатологи – случаи инсульта и его осложнений, а эндокринологи больных диабетом 2 типа.

Сельские комитеты здоровья

В 85 % сел по всей стране функционируют 1700 сельских комитетов здоровья (44), обслуживающих 3,3 миллиона граждан. Они способствуют повышению грамотности населения в вопросах здоровья и здорового образа жизни, изменению восприятия проблем, связанных с общественным здравоохранением, и влияют на поведение населения в отношении вопросов здоровья и обращения за медицинской помощью (44,80). Сельские комитеты здоровья работают на общественных началах в обмен на благодарность своего сообщества, т.е. тех, с кем они работают на местах, и удовлетворенность от встреч с новыми людьми (80).

Оптимизация роли сельских комитетов здоровья как составляющей первичной медико-санитарной помощи. Сельские комитеты здоровья – уникальные дополнительные ресурсы в системе первичной медико-санитарной помощи. Однако на данный момент их потенциал в полной мере не используется (44). Отчеты и ключевые респонденты характеризуют сотрудничество между кадрами здравоохранения и сельскими комитетами здоровья как одно из направлений работы, требующих улучшения. Отмечается, что медицинские работники склонны подчеркивать свой более высокий статус, что ограничивает эффективное сотрудничество и коммуникацию (44).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- В процессе изучения вариантов разделения рабочей нагрузки в системе первичной медико-санитарной помощи имеет смысл рассмотреть вопрос о диверсификации команды первичной медико-санитарной помощи. Как изученная литература, так и ключевые респонденты подчеркивают важность инвестирования в профессиональное развитие медсестер и акушеров. К функциям медсестер и фельдшеров рекомендуется отнести такие услуги, как проведение и документирование комплексной оценки факторов сердечно-метаболического риска и консультирование по факторам риска, а также другие аспекты обучения пациентов (например, соблюдение медикаментозной терапии).
- Сельские комитеты здоровья могут выступать активным партнером в борьбе с неинфекционными заболеваниями. В частности, они могут способствовать укреплению взаимодействия между пациентами и системой первичной медико-санитарной помощи, а также обеспечению непрерывности и преемственности услуг. Можно изучить модель предоставления услуг по принципу «сила в профилактике», которая рассматривает сельские комитеты здоровья как неотъемлемую составляющую системы первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах.

Форматы медицинской практики: команды первичной медико-санитарной помощи, координация, обмен информацией

Переход к более скоординированному подходу к первичной медико-санитарной помощи во главе с семейными врачами наиболее заметен в регионах (3). Отмечается, что главным фактором улучшений в лечении диабета стали координаторы по диабету на уровне семейной медицины (79). Также на пилотной основе осуществляются инициативы по внедрению мультидисциплинарного подхода к предоставлению услуг. Так, например, в рамках инициативы по координации услуг по борьбе с ВИЧ на уровне первичной медико-санитарной помощи велась работа над созданием команд, состоящих из врачей, медсестер и консультантов, работающих по принципу «равный равному» (9). Также определенно признается значение информации для координации. В частности, запущены пилотные проекты по внедрению электронного здравоохранения и электронной базы данных (5,67).

Несмотря на постепенный переход к электронной системе данных о пациентах, координация медицинской помощи внутри и между учреждениями здравоохранения по-прежнему осложнена проблемой координации обмена информацией. Среди основных причин отмечается недостаток понимания и принятия командной работы со стороны медицинских работников первичной медико-санитарной помощи.

Отсутствие согласованных механизмов обмена информацией. Координация помощи лучше организована в учреждениях, где специалисты и врачи общей практики находятся в одном здании и используют одни и те же карточки пациентов (3). Отмечается, что карточки пациентов являются основным средством коммуникации между специалистами и семейными врачами, т.к.

личные встречи происходят редко или не практикуются (39). Связь и координация между учреждениями отстроены слабо из-за отсутствия интернета и механизмов координации (1). Ситуация в регионах складывается по-разному: в Бишкеке семейные врачи получают рекомендации и карточки пациентов после их выписки из стационаров, в Ошской и Иссык-Кульской областях данный вид координации развит слабо (39).

Основные причины

Ограниченное понимание концепции командной работы. Ключевые респонденты отмечают, что необходимость в объединении центров семейной медицины как организаций различных медицинских работников, работающих на благо обслуживаемого населения, по-прежнему сохраняется. Координация между поставщиками в настоящее время осуществляется только в индивидуальных случаях, а семейных врачей часто называют «золушками». Сотрудничество между кадрами здравоохранения и сельскими комитетами здоровья также может быть улучшено: работники здравоохранения подчеркивают свой более высокий статус в секторе здравоохранения, что препятствует коммуникации (44). Несмотря на различные донорские инициативы по продвижению мультидисциплинарных команд в ведении ВИЧ, данный подход пока не внедряется повсеместно и равномерно (4, 13).

Ограниченный доступ к важной информации о пациентах. Поскольку работа по созданию информационной системы клинической информации только ведется, медицинские работники сталкиваются с проблемой получения регулярного доступа к информации по лечению пациентов и направлениям. В настоящее время пациент сам несет ответственность за передачу информации специалисту при направлении с уровня первичной медико-санитарной помощи (3). Аналогичным образом, при выписке матерей из родильных домов им на руки выдаются распечатанные версии основных данных из электронного регистра новорожденных, и матери несут ответственность за передачу этой информации в учреждение первичной медико-санитарной помощи (20). В отсутствие автоматизированной информационно-коммуникационной системы присутствует дублирование в отчетности и процессах (24). Отмечаются проблемы, связанные с мотивацией персонала и отсутствием навыков для полного внедрения компьютеризированной системы (1, 7).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Как может применяться система ротации или система размещения разных видов услуг в одном месте для улучшения координации между семейной медициной и специалистами?
- Определить механизмы обратной связи, в т.ч. для поставщиков.
- Обеспечить мониторинг и последующий контроль данных, чтобы повысить точность и полноту отчетности.

Управление услугами

В рамках анализа управления услугами были рассмотрены следующие вопросы:

- автономия в распределении и управлении ресурсами (кадрами и бюджетом);
- поддержание инфраструктуры, техническое обслуживание, ресурсы учреждения;
- использование подхода, ориентированного на результаты.

Автономия в распределении и управлении ресурсами медицинских учреждений

Обязанности руководителей медицинских учреждений регламентируются нормативно-правовой базой (Приказ № 117, 2013 г.), а такие инициативы, как пилотные проекты «Автономия организаций здравоохранения» и «Финансирование на основе результатов в здравоохранении» направлены на развитие понимания процессов планирования и управления услугами на уровне учреждений. С 2008 года руководители медицинских учреждений принимаются на работу на контрактной основе (3). Согласно Приказу № 177 (2013 г.) руководители медицинских учреждений ответственны за анализ деятельности учреждения и контроль над улучшением методов работы, в том числе за оптимизацию организационной структуры и планирование деятельности. С 2013 года в Тонском, Джети-Огузском и Тюпском районах Иссык-Кульской области реализуется пилотный проект «Автономия организаций здравоохранения» (Приказ № 65, 2012 г.). Целью проекта является повышение эффективности и качества предоставляемых услуг за счет предоставления большей самостоятельности руководителям организаций здравоохранения. В рамках данного проекта осуществлялись такие мероприятия, как создание районных комитетов здоровья, децентрализация управления ресурсами

Вставка 4

Определение: управление услугами

Управление услугами – это процесс планирования, составления бюджета, распределения ресурсов, контроля над реализацией и мониторинга результатов для поддержания определенной последовательности и порядка предоставления услуг и, при необходимости, в связи с отклонениями от планов, принятия мер для решения проблем и устранения недостатков (149).

и финансирования, усовершенствование практики приема на работу руководителей и внедрение модели финансирования на основе результатов для стимулирования объема и качества медико-санитарных услуг.

Несмотря на достигнутые успехи, остаются нерешенными проблемы в сфере управления кадрами, включая отсутствие стимулов и механизмов материального поощрения для привлечения новых и удержания имеющихся кадров, высокую текучесть кадров и низкую мотивацию. Несмотря на то, что эти вопросы находятся вне компетенции руководителей медицинских учреждений, в конечном итоге они приводят к острой нехватке кадров на местном уровне. В качестве основных предпосылок отмечаются недостаточный уровень компетентности руководителей, непрозрачные процедуры назначения на должность и использование фиктивных штатных единиц («мертвые души») для увеличения бюджета.

Недостаток управленческих компетенций. В рамках программы по реформированию системы здравоохранения «Манас» (1996–2005 годы) для назначения на управленческую должность, в первую очередь, требовалось, чтобы кандидат прошел специальную подготовку управленческих кадров (3). В 2007 году планировалось организовать и провести долгосрочный курс подготовки по управлению здравоохранением, однако из-за недостатка финансирования и неэффективного руководства он так и не состоялся (3). Таким образом, в настоящее время, чтобы занять руководящую должность, не требуется специального образования в сфере управления здравоохранением, достаточно иметь не менее 7 лет опыта работы в медицине и проработать на менее 3 лет на руководящих должностях в сфере здравоохранения (Приказ № 117, 2013 г.). Ключевые респонденты неоднократно подчеркивали необходимость инвестировать в подготовку управленческого персонала, так как квалифицированных руководителей мало и они пользуются большим спросом (119).

Непрозрачные процедуры найма персонала. В настоящее время кандидаты на должность руководителя больницы отбираются в рамках системы назначений, а не на основе профессиональных заслуг, как это предусмотрено Приказом № 117 (2013 г.), в котором подробно излагаются квалификационные требования к руководителям организаций здравоохранения. В некоторых отчетах отмечается, что руководителям медицинских учреждений не хватает автономии в процессе приема персонала на работу (13), а также специального обучения процедурам найма, особенно с точки зрения правильной документации процессов. Также отмечаются пробелы в документации, связанной с процессами найма работников, а именно отсутствие внутренних регламентов и стандартизированных должностных инструкций и квалификационных требований, которые часто носят слишком общий характер и не проработаны детально, а также отсутствует система электронной документации процесса найма персонала (26–28). По сути, сложившуюся практику приема персонала на работу можно охарактеризовать как иррациональную, непрозрачную и создающую чрезмерную дополнительную нагрузку на персонал в виде бумажной работы, которая не входит в их должностные обязанности (3,5,16,24).

Проблема высокой текучести кадров и махинации с вакансиями. В системе здравоохранения отмечается высокая текучесть кадров и общая нехватка медицинских работников, при этом, по оценкам экспертов, только половина вакансий заполнена и более 70 % работающего персонала приближаются к пенсионному возрасту. Отмечаются трудности с удержанием кадров, особенно сестринского персонала; описываются примеры, когда медсестры устра-

иваются на работу, но уже через несколько месяцев уходят в частный сектор или уезжают за границу. Несмотря на большое число медицинских высших учебных заведений и учебных центров, в стране отмечается высокая текучесть кадров и множество открытых вакансий. Во многих отчетах в качестве главной причины сложившейся ситуации отмечается низкая заработная плата работников системы здравоохранения (5, 18, 30, 58, 72).

Низкий уровень автономии в управлении бюджетными средствами в семейной медицине. Несмотря на то, что система обязательного медицинского страхования и программа государственных гарантий позволили добиться более равномерного распределения финансовых средств, сохраняется централизованная система распределения бюджетных средств национальными государственными органами (3, 5, 7, 30, 120). Добиться общей бюджетной автономии групповой практики семейных врачей мешают финансовые ограничения, то есть средств на проведение лечебно-оздоровительных мероприятий просто не хватает. Согласно ключевым респондентам, ограниченность денежных средств, получаемых медицинскими учреждениями через систему Единого плательщика, является основным препятствием для расширения полномочий руководителей медицинских учреждений. Сохраняется практика наличных и неофициальных платежей, что также свидетельствует о нехватке бюджетных средств (24, 40, 49, 72, 78). Это также способствует распространению описанной выше практики с фиктивными штатными единицами, подтверждаемой отчетами и фактами, когда руководители учреждений первичной медико-санитарной помощи оставляют некоторые должности вакантными, чтобы получать за «мертвые души» заработную плату (40, 100).

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Обзор литературы показывает, что чаще всего руководителям медицинских учреждений рекомендуют усовершенствовать процессы найма персонала. Здесь следует рассмотреть следующие моменты: специальный курс обучения планированию и найму медицинского персонала для руководителей учреждений; усовершенствование процедур ведения документации по найму, включая подготовку стандартных контрактов, проверку квалификационных требований; и разработка электронной системы ведения кадрового учета.
- Каким образом юридический статус центров семейной медицины может повлиять на степень их автономии? Например, если бы центры семейной медицины имели статус самостоятельного юридического лица, способствовало бы это более глубокому пониманию своего вклада и ответственности за результаты работы? Например, работа Городского центра борьбы с туберкулезом в Бишкеке построена таким образом, что персонал и руководство считаются «собственниками» учреждения, что способствует повышению качества работы.
- В процессе планирования будущей деятельности следует пересмотреть условия заключения контрактов и более четко определить автономию в принятии решений и роли руководителей медицинских учреждений и местных органов власти.

Поддержание инфраструктуры, техническое обслуживание, ресурсы учреждения

Международные программы финансирования помогают осуществлять материально-техническое обеспечение и модернизацию медицинских учреждений. Однако, по имеющимся сведениям, руководители учреждений не принимают активных мер по техническому обслуживанию инфраструктуры. Помимо этого, сохраняется неравномерное распределение ресурсов по географическому признаку и по уровням медико-санитарной помощи, а также нет четкой системы отчетности за техническое обслуживание.

Неравномерное распределение и качество ресурсов. Благодаря иностранной финансовой поддержке было закуплено необходимое оборудование для медицинских учреждений и служб скорой помощи, включая оборудование для оказания помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, а также выделены небольшие гранты для развития инфраструктуры (44). Тем не менее, в источниках отмечается нехватка медицинского оборудования в сельской местности, что приводит, в частности, к недостаточно эффективным мерам по обезвреживанию медицинских отходов и санитарному контролю (1,10,22,26-28). Инвестиции в развитие инфраструктуры больниц осуществляются активнее, чем в медицинские учреждения амбулаторного типа (24). Кроме того, при закупках оборудования при содействии международных финансирующих организаций большое внимание уделяется качеству закупаемого оборудования, но процедуры закупок отсутствуют в отношении оборудования, приобретаемого непосредственно самими медицинскими учреждениями (30,131).

Отсутствие четких процессов по обеспечению устойчивого технического обслуживания и непрерывному пополнению ресурсов. Несмотря на общепризнанный факт, что донорская поддержка позволила существенно улучшить процесс материально-технического обеспечения, а также повысить доступность ресурсов, остаются нерешенными вопросы технического обслуживания (9,24,92,131). В 2012 году были подготовлены руководства и создан фонд технического обслуживания при поддержке KfW Development Bank и Всемирного банка, однако отмечаются такие проблемы, как централизованная структура управления фондом и отсутствие активности учреждений в подаче заявок на финансирование (60,131). В Министерстве здравоохранения была создана должность специалиста по техническому обслуживанию, однако пока не проработана четкая система отчетности за техническое обслуживание инфраструктуры учреждений и оборудования, распределения средств, выделяемых на ремонт и техобслуживание, а также не определена ответственность за выполнение этих задач.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Как определение приоритетных направлений и услуг в сфере улучшения здоровья влияет на объем необходимых ресурсов и управление ими на уровне первичной медико-санитарной помощи? Как можно добиться сокращения ресурсов до самого необходимого объема?
- Система технического обслуживания еще не разработана. Решая вопрос на уровне планирования и приобретения необходимых ресурсов, важно также учесть доступность финансовых средств на проведение техобслуживания. Требуется заинтересованность и ответственный подход на всех

уровнях системы здравоохранения, что позволит внести ясность в то, какие обязанности и ответственность несут различные участники процесса.

- В различных источниках рекомендуется инвестировать в обучение руководителей медицинских учреждений в области управления оборудованием, процедур закупок и проведения конкурсов среди поставщиков.

Использование подхода, ориентированного на результаты

В Кыргызстане разработана и внедрена система финансирования на основе результатов. Например, в трех районах Иссык-Кульской области введена система оплаты труда областных координаторов по туберкулезу на основании того, насколько успешно лечение пациентов и достигнуто ли прекращение бактериовыделения (14). Кроме того, реализована инициатива «Финансирование на основе результатов в здравоохранении», направленная на передачу руководителям учреждений полномочий по принятию решений, стимулирование мониторинга достигнутых результатов и повышение ответственности поставщиков за предоставленные услуги. Инициатива стартовала в 2014 году и охватила 25 групп семейных врачей в Тонском, Тюпском, Джети-Огузском районах Иссык-Кульской области и 42 больницы (42).

Несмотря на полезные инициативы по внедрению системы платежей по результатам деятельности и соответствующих показателей качества, система оплаты труда семейных врачей в виде фиксированной заработной платы не создает стимулов для повышения эффективности работы; также отмечается беспокойство по поводу долгосрочных результатов текущих инициатив.

Низкая мотивация персонала. Общеизвестно, что система оплаты труда в виде фиксированной заработной платы, а также низкие заработные платы в сфере первичной медико-санитарной помощи не стимулируют работников повышать эффективность работы (3,5,14,30). Однако, по мнению ключевых респондентов, только повышения заработной платы будет недостаточно, чтобы улучшить общую мотивацию работников. Сохраняющийся стиль управления, основанный на наказаниях и штрафах, считается основным тормозом на пути к повышению эффективности работы (3). Основные причины могут включать отсутствие среди поставщиков услуг четкого понимания своей ответственности перед обслуживаемым населением, как уже упоминалось ранее. Кроме того, загруженность руководителей административными вопросами не позволяет им уделять полноценное внимание вопросам повышения качества и достижения видимых результатов, что может снижать мотивацию работников, которые могут рассматривать задачу повышения эффективности работы как дополнительную, а не основную задачу (3).

Проблемы масштаба и устойчивости инициатив. Несмотря на реализуемые инициативы по внедрению принципов оплаты по результатам деятельности, система вознаграждения на уровне первичной медико-санитарной помощи не предусматривает поощрения за результаты работы, и поэтому у руководителей мало инструментов, позволяющих влиять на повышение эффективности. Несмотря на то, что показатели повышения качества существуют и по ним предусмотрена отчетность, это не затрагивает систему оплаты труда (7,58). Хотя и планируется ввести надбавку к заработной плате семейных врачей за достижение целевых показателей, в том числе по охране здоровья матери

и ребенка, сердечно-сосудистым заболеваниям, а также заболеваниям, поддающимся лечению на уровне первичной медико-санитарной помощи (30), процесс планомерного внедрения этой системы еще не начался и во многом зависит от донорского финансирования (13). Текущий уровень финансирования реализуемых инициатив не позволяет обеспечить широкомасштабное внедрение системы оплаты по результатам (42). Среди потенциальных решений задач по обеспечению долгосрочной устойчивости и общей оптимизации методов управления, ориентированных на результаты, озвучивается настоятельная необходимость учитывать показатели эффективности при финансировании поставщиков из Фонда обязательного медицинского страхования.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Как можно использовать такие инициативы, как пилотный проект «Автономия организаций здравоохранения», который направлен на совершенствование системы планирования деятельности и кадрового обеспечения медицинских учреждений, в целях улучшения стратегического планирования услуг и оптимального использования ресурсов?
- В отчетах обосновывается необходимость более гибкой бюджетной политики в отношении системы финансирования по результатам деятельности, что позволит максимально увеличить доступные ресурсы за счет улучшения качества услуг (42).
- В связи с пересмотром функций и сферы практической деятельности врачей и медсестер, следует уделить внимание тому, чтобы система поощрения персонала была отстроена на всех уровнях медико-санитарной помощи.

Повышение эффективности

В ходе анализа повышения эффективности были рассмотрены следующие вопросы:

- укрепление системы руководства клинической практикой;
- создание системы непрерывного обучения на протяжении всей жизни.

Укрепление системы руководства клинической практикой

Приказ Министерства здравоохранения «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» (№ 454, 2015 г.) – один из основных документов, направленных на обеспечение непрерывного повышения эффективности и качества медицинских услуг в Кыргызстане. Документ описывает комплексную структуру органов обеспечения качества на уровне учреждений, включая комитеты, отделы, технические и рабочие группы по управлению качеством, правила проведения клинического аудита, процедуры ведения медицинской документации, организацию технического обслуживания оборудования, условия управления качеством и должностные обязанности экспертов и технических сотрудников, ответственных за управление качеством, охрану труда и технику безопасности, клиническую фармакологию и инфекционный контроль.

Несмотря на проработанную законодательную базу, на практике концепция улучшения качества медицинской помощи и механизмов национальной поддержки описанных систем (обучение, управление данными и обмен информацией) еще нуждается в разъяснениях (32).

В соответствии с Приказом № 454 (2015 г.) механизм повышения качества официально формируется на уровне организаций здравоохранения; комитеты качества руководят исполнительными отделами по управлению качеством, которые, в свою очередь, координируют работу технических специалистов по качеству. Комитеты качества согласовывают ежегодный план работы, проводят регулярные проверки и отчитываются перед руководством учреждения

Вставка 5

Определение: повышение эффективности

Повышение эффективности – это процесс создания механизмов обратной связи, обеспечивающих усвоение новых знаний и навыков на основе спонтанных оценок, и внедрение полезных изменений для обеспечения высокого уровня деятельности посредством циклов непрерывного обучения и систематического пересмотра клинических процессов (149).

и Фондом обязательного медицинского страхования о проделанной работе. Однако в настоящее время обратная связь от учреждений об их деятельности в сфере повышения качества отсутствует (32); в большинстве случаев оценка качества комитетами является формальностью (110). В медицинских учреждениях предпринимаются попытки скорректировать и адаптировать механизмы повышения качества с учетом возможностей своей организации и в зависимости от уровня личной ответственности и обязательности руководителей. Хотя есть примеры успешного внедрения и работы этих структур, факты свидетельствуют о том, что в масштабах страны система еще не работает полноценно.

Фонд обязательного медицинского страхования отвечает за внешнюю оценку качества и выделение бюджетных средств организациям здравоохранения (8,34,50,53). Фонд регулярно проводит внешнюю оценку качества, в том числе на основании жалоб от пациентов. Проверяется соблюдение прав пациентов, установленных стандартов предоставления помощи, обоснованность госпитализации, причины повторных операций, осложнения после хирургических вмешательств и случаи со смертельным исходом (53).

Что касается законодательной базы и круга заинтересованных государственных структур и ведомств, вопросы качества медицинской помощи затрагиваются в многочисленных нормативных документах разных государственных органов. Министерство здравоохранения выполняет общие надзорные, законодательные и нормативные функции и отвечает за разработку клинических руководств, назначение руководства больниц и аккредитацию медицинских учреждений. Однако происходит ослабление руководящей роли Министерства здравоохранения в определении политики, обеспечении медицинских услуг и решении вопросов финансирования сектора здравоохранения, поскольку доступные ему ресурсы недостаточны, чтобы справляться с таким большим объемом работы, и это также не позволяет полноценно заниматься другими важными аспектами, такими как планирование и управление (32,91).

Одновременно реализуется несколько инициатив в сфере повышения качества, финансируемых преимущественно партнерами по развитию (13). Например, в рамках проекта «Автономия организаций здравоохранения» инициирована модель финансирования на основе результатов, в связи с чем были пересмотрены контракты между поставщиками медицинских услуг и Фондом обязательного медицинского страхования, чтобы обеспечить привязку объема финансирования к эффективности работы учреждения (63). В рамках проекта по непрерывному повышению качества, осуществляемого при поддержке Агентства США по международному развитию и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству, были разработаны и внедрены в пилотных организациях показатели качества, которые способствовали улучшению предоставляемых услуг (3,57). Среди новых инициатив предлагается, например, внедрить, при поддержке ЮНИСЕФ, инструмент для сбора отзывов от пациентов подросткового возраста о полученных медицинских услугах (21).

Это примеры успешных мероприятий, направленных на развитие эффективной национальной программы по управлению качеством в Кыргызстане, но они слишком разрознены по вертикальным программам и пилотным локациям, и недостаточно централизованных усилий, чтобы скоординировать всю работу (32,91,95). Также отмечаются проблемы с долгосрочными результатами текущих инициатив (13,95).

В вопросах обеспечения качества преобладает правовой подход, ориентированный на исполнение поставленных задач, а не на саморегулирование

в вопросах оказания медицинских услуг; такой подход больше фокусируется на административных вопросах и отчетности, а не на эффективном управлении (3,5,9,32). Существующие механизмы управления базируются, главным образом, на внешнем контроле и проверках, которые дублируют внутренние системы качества, создают дополнительное бремя для руководителей учреждений и служат препятствием для саморегулирования учреждений (3,32).

Несмотря на то, что медицинские учреждения Кыргызстана имеют доступ к внешним механизмам обеспечения качества и являются их частью, эти механизмы не являются унифицированными и отличаются для учреждений разных типов. Медицинская аккредитационная комиссия проводит аккредитацию учреждений, которая необходима для заключения договора с Фондом обязательного медицинского страхования, и выданное аккредитационное свидетельство действует в течение трех лет (32). Медицинская аккредитационная комиссия не является независимым негосударственным органом по оценке учреждений, а представляет собой группу, учрежденную Министерством здравоохранения и возглавляемую на постоянной основе заместителем министра здравоохранения, что вызывает определенные сомнения в отношении всего процесса в целом.

Частные медицинские учреждения и аптеки не аккредитуются, но имеют бессрочную лицензию и проходят регулярные проверки. Вместо дохода от продления лицензий, проводимые проверки создают дополнительную нагрузку на государственный бюджет. Кроме того, различия в проведении оценки государственных и частных медицинских учреждений ставят под угрозу охрану общественного здоровья (32).

Что касается внедрения клинических протоколов, уровень соблюдения стандартов, основанных на доказательной медицине, остается низким. В отчетах раз за разом отмечается, что клинические протоколы зачастую отсутствуют или устарели (24,56,57,62,120). Программы обучения не соответствуют последним руководствам (24). Другие проблемы связаны с тем, что протоколы не всегда способствуют координации услуг: например, в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции протоколами, похоже, не учитываются различия между вертикальной сетью поставщиков и децентрализованной сетью центров семейной медицины (13).

Республиканский медико-информационный центр и Национальный статистический комитет занимаются сбором и анализом данных (3,5,43,50). Во внешних проверках качества также участвуют Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора и Республиканский Медико-информационный центр инфекционного контроля (50). Национальный орган по регулированию лекарственных средств отвечает за контроль качества медицинского оборудования и лекарственных средств, а также за расследование отчетов о нежелательных реакциях на лекарства (50).

Сбор данных осуществляется преимущественно в одном направлении: медицинские учреждения передают данные в Фонд обязательного медицинского страхования и Республиканский медицинский информационный центр; при этом не публикуется никаких ежегодных отчетов, которые бы освещали деятельность по повышению качества и давали бы количественную оценку повышения эффективности системы здравоохранения. Ежегодный сборник «Здоровье населения Кыргызской Республики», публикуемый Республиканским Медико-информационным центром, представляет собой подборку статистических данных без их анализа, результаты которого были бы полезны работникам здравоохранения и руководителям медицинских учреждений (32). Несмотря

на широкий круг заинтересованных сторон, занимающихся различными аспектами качества, им необходимо скоординировать свою деятельность, чтобы добиться максимальной результативности проводимых мероприятий.

Фонд обязательного медицинского страхования регулярно получает большой объем ценной информации о пациентах, например, об осложнениях и сопутствующих заболеваниях, но не использует эти данные в полной мере, хотя это могло бы создать большие возможности для накопления знаний и обучения поставщиков услуг на всех уровнях системы здравоохранения (32,34,117). Формы оплаты услуг напрямую не привязаны к эффективности работы поставщиков, что в результате не способствует повышению качества (34).

Информационная система Фонда обязательного медицинского страхования включает подробные данные о выписке пациентов и обеспечении качества медицинских услуг. Фонд также собирает финансовую информацию о медицинских учреждениях, работающих в системе Единого плательщика (30). Внедрены системы обеспечения качества терапевтической помощи пациентам с гипертонией и бронхиальной астмой, в том числе в фельдшерско-амбулаторных пунктах (57).

Являясь основным закупщиком услуг, Фонд обязательного медицинского страхования не имеет эффективных инструментов наказания в виде штрафов за плохое качество и поощрения за хорошее качество услуг (34,42,91). Ключевыми проблемами остаются неэффективное управление, в частности, внутренним аудитом организации (56); недостаточное понимание важности повышения качества услуг (57) и отсутствие систематического клинического аудита (57).

Например, на уровне первичной медико-санитарной помощи проблемы с предоставлением данных усугубляются недостаточной материально-технической базой (инфраструктура, лабораторное и диагностическое оборудование) и необходимостью вручную заполнять большой объем бумажной документации, что частично объясняется недостаточно автоматизированной системой ведения медицинской и учетной документации (5).

В настоящее время медицинские учреждения уделяют мало внимания вопросам безопасности пациентов и охраны окружающей среды, за исключением инфекционных заболеваний. Опасаясь наказаний, учреждения не отражают в отчетности все нежелательные явления, в т.ч. реакции на лекарства и осложнения после лечения. Вопросы, касающиеся безопасности пациентов, особенно в контексте окружающей среды и гигиены труда, были делегированы комитетам качества с 2012 года. Исключением является охрана здоровья матери и ребенка, где достигнуты заметные результаты: проведен аудит 148 случаев материнской смертности и анализ критических случаев в акушерской практике (9) и была разработана система мониторинга данных по показателю «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (43).

Несмотря на существующую законодательную базу, предусматривающую защиту прав пациентов на получение гарантированной государством медико-санитарной помощи, сохранение врачебной тайны, информацию о состоянии здоровья и достоинство (2005 г.), эти вопросы недостаточно отработаны с точки зрения и с учетом опыта пациентов. У Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования и руководителей учреждений имеется ряд хороших инициатив в сфере сбора, анализа и обработки данных по жалобам пациентов и комитетов качества, которые рекомендуется развивать до масштаба национальных стандартизованных программ (8,32).

Создание системы непрерывного обучения на протяжении всей жизни

Для персонала первичной медико-санитарной помощи проводится обучение профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и контролю факторов риска, а также в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Также в научно-образовательном центре проходят научно-практические конференции, проводится обучение в аспирантуре. Обучение осуществляется в рамках проектов, которые реализуются на базе пилотных учреждений, например, внедрение PEN и клинической практики доказательной медицины для применения модели финансирования на основе результатов (129). Также реализуются более специфические проекты, такие как последипломное медицинское образование и текущая реформа медицинского образования в целом. Некоторые разделы эпидемиологии преподаются в рамках учебных модулей курсов по общественному здравоохранению и инфекционному контролю. В настоящее время Кыргызская государственная медицинская академия разрабатывает новую учебную программу для утверждения Министерством образования.

Ассоциация больниц и Ассоциация семейных врачей и медсестер участвуют в аттестации медицинских работников, а также в разработке и оценке стандартов медицинской помощи в контексте их согласованности между разными медицинскими специальностями и по всей стране. Была пересмотрена программа подготовки студентов по специальности «врач общей практики». Студентам, обучающимся на специальность «Семейная медицина», выплачиваются стипендии, хотя и все более ограниченному числу студентов. (129). Кыргызская государственная медицинская академия – единственное высшее медицинское учебное заведение в стране, предоставляющее возможность получить официальное образование и диплом по специальности «Семейная медицина» и одновременно испытывающее серьезную проблему, связанную с недостатком клинических учебных баз из-за конкуренции с пятью другими частными медицинскими университетами. Проблема недостаточной клинической практики также существует в последипломном медицинском образовании, что усиливает факт дублирования программ (129).

Явное отсутствие координации между потенциальными клиническими базами (больницами) и медицинским университетом напрямую влияет на качество обучения медиков (129). Развивается использование телекоммуникационных средств в рамках программы дистанционного образования для семейных врачей и жителей регионов. Например, несмотря на соответствующее обучение, семейным врачам все еще не хватает навыков в выявлении туберкулеза в центрах семейной медицины. Эта же проблема отмечается и в области ведения диабета, что указывает на недостатки системы обучения и вертикальной структуры управления для пациентов с сопутствующими заболеваниями (78).

Клиническая практика доказательной медицины и повышение качества медицинских услуг не включены ни в учебные программы высших учебных заведений, ни в программы непрерывного медицинского образования (32). Отсутствует заинтересованность и готовность развивать систему повышения качества и безопасности пациентов (32). Отсутствие возможностей для улучшения клинической практики способствует снижению престижа и статуса семейной медицины как среди населения, так и среди коллег.

Основные причины

Основные факторы, влияющие на повышение эффективности и качества, являются общесекторальными и характерны для других процессов предоставления медицинских услуг. Они включают проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, в частности, низкую мотивацию работников, вертикальную организационную структуру с преобладанием инструментов контроля, нацеленных на наказание, а не на поощрение, отсутствие общепринятой национальной политики и систематических инициатив из-за разрозненности усилий и большого числа пилотных проектов.

Ограничения мер по повышению качества на уровне медицинского учреждения. Еще одним фактором, влияющим на качество оказываемой медицинской помощи, является отсутствие автономии на уровне учреждений. Руководители не берут на себя ответственность за повышение эффективности и профессионализма, принятие компетентных информированных решений и проведение коллегиальных разборов (32). Это может быть обусловлено тем, что на руководящие должности назначают не на основе профессиональных заслуг (см. Раздел «Управление услугами»). Хотя меры, направленные на повышение качества услуг медицинских учреждений (Приказ № 454, 2015 г.), при надлежащем исполнении могут обеспечить повышение качества за счет устранения выявленных проблем и внутреннего мониторинга показателей качества, их эффективность во многом зависит от индивидуальных лидерских качеств, личной ответственности и обязательности руководителей, а также от способностей и энтузиазма исполнителей.

Низкая мотивация персонала к непрерывному повышению эффективности работы и качества. Непрозрачность процедур найма, «мертвые души» в штате для получения большего бюджета, отсутствие стимулов для привлечения молодых специалистов – все эти факторы не способствуют повышению качества медицинских услуг.

Ненадлежащее соблюдение клинических рекомендаций и протоколов. Отсутствие финансовых стимулов и нехватка времени для экспертной оценки обновленных клинических рекомендаций, несогласованность принимаемых мер, лоббирование интересов фармацевтических компаний, приводящее к искажению клинической доказательной базы, и недостаточный уровень профессиональной подготовки – причины ненадлежащего соблюдения обновленных клинических протоколов (32).

Проблемы управления данными. Среди причин того, почему в Кыргызстане не используются систематические данные, называются страх наказания и недостаточное техническое оснащение (9). Другим фактором, объясняющим отсутствие у врачей мотивации заполнять необходимые формы для анализа, является отсутствие компьютеров и унифицированной системы отчетности. Данные зачастую дублируются из-за неправильного использования базы данных (26–28).

Культурные факторы. Культура отчетности, в которой систематически замалчивают события, подлежащие включению в отчеты, негативно сказывается на безопасности пациентов. Культура порицания и наказания вместо извлечения уроков побуждает публиковать отчеты с нулевыми показателями смертности, инфекционных заболеваний и осложнений, а не реальные цифры.

Рекомендации и предложения из источников в отношении политики

- Необходимо пересмотреть существующие законодательные акты, прежде чем включить их в новый всеобъемлющий национальный план, который призван объединить существующие вертикальные и горизонтальные программы при согласовании с другими элементами системы здравоохранения (32). Должны быть четко определены и распределены обязанности и руководящие роли между центральными органами. Предлагается дальнейшее сотрудничество с профессиональными ассоциациями в реализации мероприятий по повышению качества (32).
- Предлагается рассмотреть вопрос о предоставлении большей автономии Медицинской аккредитационной комиссии, чтобы она могла применять единый подход к оценке медицинских учреждений, в том числе частных, на предмет соответствия национальным стандартам и нормам (32).
- В качестве приоритетного направления предлагается повысить уровень квалификации персонала в сфере контроля качества, мониторинга и отчетности, организовав обучение по использованию баз данных и информационных технологий для управленческого персонала, а также необходимые квалификационные тренинги для операторов и специалистов по медицинской статистике (26–28).
- Также предлагается преобразовать Национальный госпиталь в Бишкеке, представляющий собой многопрофильное лечебное учреждение, в университетскую клиническую больницу, чтобы создать условия для прохождения учебной клинической практики студентами Кыргызской государственной медицинской академии.

Библиография¹

Изученные документы

1. Assessment of health-system crisis preparedness: Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/231693/Assessment-of-health-system-crisis-preparedness-Kyrgyzstan.pdf, accessed 17 June 2018).
2. Better hospital care for children: improving quality of paediatric care at first-level referral hospitals in Angola, Ethiopia, Kyrgyzstan and Tajikistan: final technical report 2012-2015. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253603/9789241511278-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, accessed 17 June 2018).
3. Jakab M, Smith B, Sautenkova N, Abdraimova A, Temirov A, Kadyralieva R et al. Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Kyrgyzstan country assessment: focus on cardiovascular disease. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/153905>, accessed 17 June 2018).
4. Mansfeld M, Ristola M, Likatavicius G. HIV Programme review in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/273308/HIV-Programme-Review-in-Kyrgyzstan.pdf, accessed 17 June 2018).
5. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук»: краткое изложение совместного обзора. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository_kyrgyzstan/krygzstan_jar.pdf, по состоянию на 26 июля 2018).
6. Farrington J., Pezzella F.R., Яковлев А., Ротарь О. Обзор организации неотложной помощи и реабилитации при инфаркте миокарда и инсульте в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/337908/KGZ-CVD-Ru-web.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
7. Mantingh F., Stachenko S., Попович М., Молдокулов О., Loyola E., Концевая А. и др. Отчет о ходе выполнения Программы и плана мероприятий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике, 2013-2020 годы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/337905/KGZ-progress-report-RU-web.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
8. Отчет по итогам деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2016 год. Бишкек: Правительство Кыргызской Республики; 2016 г. (<http://foms.kg/page/otchetdeyatelnosti2016>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
9. Отчет по среднесрочному обзору: Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.
10. Исмаилов М. Отчет по среднесрочному обзору Национальной программы реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.

¹ Документы, вошедшие в обзор, доступны для скачивания в электронном виде по ссылке: <https://drive.google.com/open?id=1dipcoAJtHb14cnXdEPBycZfkDI97BDQa>. Вопросы или запросы на разъяснения просим направлять в Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане по адресу: eukgz@who.int. По приведенной ссылке доступны только опубликованные документы и презентации.

11. Концевая А., Farrington J. Внедрение пакета основных мероприятий в отношении неинфекционных заболеваний (PEN) в Кыргызстане: оценка эффективности и затрат в Бишкеке в течение 1 года. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/337845/PEN-Evaluation-RUS-FINAL.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
12. Реформа ценообразования и возмещения стоимости лекарственных средств в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/334424/Pharmaceutical-pricing-reimbursement-reform-Kyrgyzstan-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
13. Солтан В., Сатылганова А., Карымбаева С. Оценка ситуации по ВИЧ-инфекции и оказанию медицинской помощи в Кыргызстане: отчет о миссии. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.
14. van den Boom M, Mkrtchyan Z, Nasidze N. Review of tuberculosis prevention and care services in Kyrgyzstan: mission report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/287803/Review-of-tuberculosis-prevention-and-care-services-in-Kyrgyzstan.pdf?ua=1, accessed 17 June 2018).
15. Padrão P., Lunet N., Jewell J. Среда питания в городах Восточной Европы и Центральной Азии – Кыргызстан. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/355067/FEED-KGZ-report-Ru.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
16. Collins D., Farrington J., Концевая А., Алтымышева А. Повышение качества внедрения пакета основных мероприятий в отношении в отношении неинфекционных заболеваний в Кыргызстане: оценка смешанными методами. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/355962/PEN-implementation-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
17. Joint mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Kyrgyzstan. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://who.int/ncds/un-task-force/country-missions/joint-mission-kzt.pdf?ua=1>, accessed 17 June 2018).
18. Galeazzi, R. Peer review: medical education reform project (MER) in Kyrgyzstan. St. Gallen: Swiss Agency for Development and Cooperation; 2016 (<https://www.news.admin.ch/newsd/NSBExterneStudien/794/attachment/it/3358.pdf>, accessed 17 June 2018).
19. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане: Аргументы в пользу инвестирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/349684/BizzCase-KGZ-Ru-web.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
20. Нажимидинова г. Аналитический обзор документов, относящихся к системе домашних визитов в Кыргызской Республике. Бишкек: ЮНИСЕФ; 2016 г. (<https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org.kyrgyzstan/files/2018-01/ANALYTICAL%20REVIEW%20OF%20DOCUMENTS%20ON%20THE%20SYSTEM%20OF%20HOME%20VISITS%20IN%20THE%20KYRGYZ%20REPUBLIC%20rus.pdf>, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
21. Lehtimäki S. Здоровье подростков в Кыргызстане: отчет миссии. Бишкек: ЮНИСЕФ; 2016 г. (<https://www.unicef.org/kyrgyzstan/sites/unicef.org.kyrgyzstan/files/2018-01/ADOLESCENT%20HEALTH%20IN%20KYRGYZSTAN%20rus.pdf>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
22. Сохранение жизни: от проблем к действиям. Бишкек: Ассоциация больниц Кыргызской Республики; 2011 г.

23. Joint assessment of Kyrgyz Republic National Health Reform Program – Den Sooluk 2012–2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/joint-assessment-of-kyrgyz-republic-national-health-reform-program-den-sooluk-2012-2016>).
24. Айдыралиева С. Анализ данных и документов по перинатальной помощи в Кыргызстане. Бишкек: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH; год не указан.
25. Противотуберкулезная помощь в Кыргызской Республике, рекомендации по повышению эффективности. Бишкек: Проект USAID «Победим туберкулез» в Кыргызстане; год не указан.
26. Отчет о реализации проекта «Автономия организаций здравоохранения» в Кыргызстане: оценка и анализ деятельности территориальных больниц в пилотных районах Иссык-Кульской области: Джети-Огузский район. Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству и проект автономии организаций здравоохранения; год не указан.
27. Отчет о реализации проекта «Автономия организаций здравоохранения» в Кыргызстане: Оценка и анализ деятельности территориальных больниц в пилотных районах Иссык-Кульской области: Тонский район. Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству и проект автономии организаций здравоохранения; год не указан.
28. Отчет о реализации проекта «Автономия организаций здравоохранения» в Кыргызстане: Оценка и анализ деятельности территориальных больниц в пилотных районах Иссык-Кульской области: Түпский район. Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству и проект автономии организаций здравоохранения; год не указан.
29. Информационная записка по передовой практике. Мероприятия сообществ в области здравоохранения в Кыргызстане: интегрированный подход к укреплению здоровья и предоставлению услуг первичной медико-санитарной помощи в сельской местности для расширения выявления случаев гипертонической болезни. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/336122/Good-Practice-Brief-Community-action-health-Kyrgyzstan-ru.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
30. Ибраимова А., Акказиева В., Ибраимов А., Манжиева Э., Rechel B. Кыргызстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. 2011 г.; том 13:xiii, xv–xx, 1–152 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/151248/e95045R.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
31. Jakab M., Акказиева В., Kutzin J. Можно ли обеспечить устойчивость снижения неформальных платежей? Результаты из Кыргызстана: 2001–2013 годы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/329224/Informal-payments-KGZ-ru.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
32. Качество медицинской помощи в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г.
33. Tobacco taxation policy in Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/293640/Tobacco-taxation-policy-Kyrgyzstan-en.pdf?ua=1, accessed 17 June 2018).
34. Strizrep T. Анализ и уточнение пакета услуг здравоохранения в Кыргызской Республике. Вашингтон: Группа Всемирного банка; 2017 г.
35. Перечень услуг перинатального здравоохранения: перечень услуг, оказываемых ответственными лицами и руководителями, работающими на всех уровнях в сфере перинатального ухода. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.

36. Батыралиев Т., Махмутходжаев С., Кыдыралиева Р., Алтымышева А., Джакипова Р., Жорупбекова К. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике (исследование STEPS). Кардиология. 2009 г.;11:86–90. doi: 10.18565/cardio.2016.11.86-90.
37. Абдраимова А., Ильясова А., Зурдинова А. Причины низкой обращаемости мужчин с повышенным артериальным давлением за медицинской помощью. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2016 г. (http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/Men-PRP_updated-RUS.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
38. Абдраимова А., Абдукаримова А., Ыбыкеева Э. Разрешение проблем недостаточного использования потенциала в оказании помощи при НИЗ: новая роль для семейных врачей/врачей общей практики и медсестер? Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2015 г. (<http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/NURSE-RUS.pdf>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
39. Мукеева С., Абдраимова А., Урманбетова А. Оценка роли и функций медицинских специалистов на первичном уровне при контроле сердечно-сосудистых заболеваний. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2013 г. (http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/PRP81_report_FGPA._rus.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
40. Обзор текущей ситуации в секторе здравоохранения и оценка эффективности деятельности первичного уровня здравоохранения. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2014 г. (<http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/PRP86.RUS.pdf>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
41. Тургунбаев Д., Артыкбаев А., Кадырова Н., Абдраимова А., Урманбетова А. Анализ верифицированности диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2014 г. (http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/Stroke_RUS_UPDATED.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
42. Kyrgyz Health Results-based Financing (HRBF) project: mid-term review. Washington (DC): World Bank Group; 2016.
43. Integrating nutrition programmes in primary and community care in Kyrgyzstan. In: Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1, accessed 17 June 2018).
44. Гоцадзе Т., Мурзалиева Г. Оценка результатов реализации проекта «Действия сообществ по вопросам укрепления здоровья в Кыргызстане: Отчет о реализации этапов I-VII (апрель 2002 г. – март 2017 г.). Бишкек: Швейцарский Красный Крест; 2017 г.
45. Final report: Support to the sector programme health «Manas Taalimi.» Basle: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2013.
46. Перечень услуг неотложной медицинской помощи: перечень услуг, оказываемых ответственными лицами и руководителями, работающими на всех уровнях неотложной медицинской помощи. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.
47. Final report: improving of health care delivery standards – development of service packages – component 3 of the German Development Cooperation Project «Support to the Sector Programme Health «Manas Taalimi.» Basle: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2012.
48. Ибраева А. Противотуберкулезная служба: дорожная карта по оптимизации. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
49. Kutzin J., Jakab M. Вопросы финансирования системы здравоохранения в Кыргызстане: важно понять, какие действия являются правильными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.

50. Бообекова А. Отображение ключевых участников системы обеспечения качества медико-санитарной помощи в Кыргызстане. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
51. Тойматов С. Взаимодействие служб при оказании экстренной медицинской помощи пациентам с острым коронарным синдромом и инсультом. Бишкек; 2017 г.
52. Towards better integrated quality health services in Kyrgyzstan. Washington (DC): World Bank Group; 2017.
53. Комаревская Л. Экспертиза качества медицинских услуг в системе Единого плательщика. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2017 г.
54. Организационная структура внутренних механизмов по управлению качеством медицинских услуг на уровне ОЗ. Приложение к Приказу № 454. Бишкек; Министерство здравоохранения; год не указан.
55. Реестр специалистов Центра мониторинга и оценки при НЦОМид. Бишкек; Национальный центр охраны материнства и детства. Год не указан.
56. Мукеева С. Достижения и проблемы в развитии семейной медицины в Кыргызстане. I-й съезд врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, Кыргызстан, 2015 г.
57. Мукеева С. Опыт Ассоциации семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана в повышении качества услуг в области профилактики и лечения НИЗ. Бишкек: Ассоциация семейных врачей и семейных медсестер Республики Кыргызстан; 2015 г.
58. Мукеева С. Кыргызская модель первичной медико-санитарной помощи на перекрестке: сильные и слабые стороны. Бишкек: Ассоциация семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана; 2014 г.
59. Мукеева С. Быть семейной медицине в Кыргызстане или нет? Быть! Бишкек. Ассоциация семейных врачей и семейных медсестер Кыргызстана; 2014 г.
60. Horneber D. Национальная система технического обслуживания – управление техническим обслуживанием медицинского оборудования в Кыргызстане. Бишкек: Совместный годовой обзор широкосекторального подхода в системе здравоохранения; 2012 г.
61. Управление человеческими ресурсами в системе здравоохранения. Бишкек: Экспертная группа, Министерство здравоохранения; 2017 г.
62. Anderson I., Buga M., Obermann K., Темиров А., Ибрагимова Г. Презентация заключений команды экспертов по проведению независимого обзора программы «Ден соолук». Бишкек: 2016 г. (http://densooluk.med.kg/images/MyFiles/2016/20062016/1_day/Presentation_by_Independent_Review_Team_Rev_2_after_Sunday_RUS.pdf, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
63. Формирование и тестирование модели автономии организаций здравоохранения в рамках реализации Проекта АОЗ. Каракол: Проект автономии организаций здравоохранения, Совместный ежегодный обзор реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук»; 2017 г.
64. Исакова Б. Роль Советов по охране здоровья в системе управления на районном уровне. Каракол: Совместный ежегодный обзор реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук»; 2017 г.

65. Маанаев Т. Опыт внедрения в Иссык-Кульской области комплексной медицинской информационной системы. Каракол: Совместный ежегодный обзор реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук»; 2017 г.
66. Маанаев Т. Опыт внедрения электронных медицинских карт для пациентов и автоматизированной системы учета лекарственных средств и медицинского оборудования. Бишкек; год не указан.
67. Сатылканов Э. Реализация Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» в Иссык-Кульской области. Каракол: Совместный ежегодный обзор реализации Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук»; 2017.
68. Deryabina A, El-Sadr W. Uptake of needle and syringe program services in Kyrgyz Republic: key barriers and facilitators. *Drug Alcohol Depend.* 2017;179:180-6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.07.002.
69. Ancker S, McKee M, Rechel B. HIV/AIDS discourse in Kyrgyzstan's policy arena. *Glob Public Health.* 2017;12:1242-53. doi:10.1080/17441692.2017.1344285.
70. Vian T, Kohler J, Forte G, Dimanesco D. Promoting transparency, accountability and access through a multi-stakeholder initiative: lessons from the medicines transparency alliance. *J Pharm Policy Pract.* 2017;10:18. doi: 10.1186/s40545-017-0106-x.
71. Guerreiro AIF, Kuttumuratova A, Monolbaev K, Boderscova L, Pirova Z, Weber MW. Assessing and improving children's rights in hospitals: case studies from Kyrgyzstan, Tajikistan and Moldova. *Health Hum Rights.* 2016;18:235-48.
72. Penkala-Gawecka D. Risky encounters with doctors? Medical diversity and health-related strategies of the inhabitants of Bishkek, Kyrgyzstan. *Anthropol Med.* 2016;23:135-54. doi: 10.1080/13648470.2016.1180582.
73. Arnold M, Beran D, Haghparsat-Bidgoli H, Batura N, Akkazieva B, Abdraimova A et al. Coping with the economic burden of diabetes, TB and co-prevalence: evidence from Bishkek. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:118. doi: 10.1186/s12913-016-1369-7. [Борьба с экономическим бременем диабета, туберкулеза и совместного распространения: данные из Бишкека, Кыргызстана. <http://rupubmed.com/tuberkulez/17613>, по состоянию на 15 июля 2018 г.]
74. Burtscher D, Van den Bergh R, Toktosunov U, Angmo N, Samieva N, Arechaga E. «My favourite day is Sunday»: community perceptions of (drug-resistant) tuberculosis and ambulatory tuberculosis care in Kara Suu District, Osh Province, Kyrgyzstan. *PLoS One.* 2016;11:e0152283. doi: 10.1371/journal.pone.0152283. [«Мой любимый день – воскресенье»: восприятие сообществом (лекарственно-резистентного туберкулеза и амбулаторного лечения туберкулеза в районе Кара-Суу, Ошская область, Кыргызстан. <http://rupubmed.com/tuberkulez/17636>, по состоянию на 15 июля 2018 г.]
75. Ancker S, Rachel B. HIV/AIDS policy-making in Kyrgyzstan: a stakeholder analysis. *Health Policy Plan.* 2015;30:8-18. doi:10.1093/heapol/czt092.
76. Schweitzer A, Krause G, Pessler F, Akmatov M. Improved coverage and timing of childhood vaccinations in two post-Soviet countries: Armenia and Kyrgyzstan. *BMC Publ Health.* 2015;15:798. doi: 10.1186/s12889-015-2091-9.
77. Dzhusupov K, Colosio C, Tabibi R, Sulaimanova C. Occupational health in mountainous Kyrgyzstan. *Ann Glob Health.* 2015;81:530-7. doi: 10.1016/j.aogh.2015.08.017.
78. Skordis-Worrall J, Round J, Arnold M, Abdraimova A, Akkazieva B, Beran D. Addressing the double-burden of diabetes and tuberculosis: lessons from Kyrgyzstan. *Glob Health.* 2017;13:16. doi: 10.1186/s12992-017-0239-3.

79. Beran D, Abdraimova A, Akkazieva B, McKee M, Balabanova D, Yudkin JS. Diabetes in Kyrgyzstan: changes between 2002 and 2009. *Int J Health Plann Mgmt.* 2013;28:e121-37. doi: 10.1002/hpm.2145.
80. Schueth T. The community action for health programme in Kyrgyzstan: a countywide partnership for health promotion between health systems and communities. *Int J Integr Care.* 2014; Swiss TPH Conf Suppl; URN:NBN:NL:UI:10-1-116233;14.
81. Pengpid S, Peltzer K, Mirrakhimov EM. Prevalence of health risk behaviors and their associated factors among university students in Kyrgyzstan. *Int J Adolesc Med Health.* 2014;26:175-85. doi: 10.1515/ijamh-2013-0516.
82. Kutlu R, Muratalievic TM, Memetoglu ME. Management of coronary artery disease in Kyrgyzstan: a comparison with Turkey and Europe according to European Action on Primary and Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events III results. *Arch Turk Soc Cardiol.* 2014;42:545-52. doi: 10.5543/tkda.2014.97254.
83. Kyrgyzstan effective vaccine management report: findings and recommendations of the assessment team. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
84. Final report for the «Health care in ICRC» pilot project. Bishkek: Swiss Red Cross; 2016.
85. The potential of the control against cancer and needs assessment report. PACT Review Mission to Kyrgyzstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
86. Multi-indicator cluster survey 2014: Final report. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and United Nations Children's Fund (UNICEF); 2014.
87. Strizrep T. Analytical proposal to review the health benefit package based on available information. Washington (DC): World Bank Group; 2017.
88. Pikani J., Джемуратов К. А. План оптимизации Национальной системы предоставления медицинских услуг Кыргызской Республики. 2017 г.
89. GLC/Europe mission for monitoring of the implementation of the national M/XDR-TB response plan in Kyrgyzstan. Bishkek: Green Light Committee; 2014.
90. Novovic T, Ibraeva G, Gabdulhakov R. Mid-term review of the United Nations Development Assistance Framework for Kyrgyz Republic 2012-2017. Bishkek; 2015. (<https://ims.undg.org/downloadFile/f0cbb5a17807f132674bcb4e1bdae7f21014d96280958ceac9dcaa63601948c2>, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
91. Anderson I, Buga M, Obermann K, Temirov A. Independent review of Den Sooluk and project in support of the mid-term review. Washington (DC): World Bank Group; 2016.
92. Vaccine cold chain inventory, needs assessment, rehabilitation and maintenance plan. Bishkek: Ministry of Health; 2017. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/355868/KGZ_RUS_WHO_web.pdf?ua=1, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
93. Результаты самооценки выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Кыргызской Республике в апреле-сентябре 2016 г. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
94. Министерство здравоохранения, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ГАВИ, ЦКБ. Совместный национально-международный обзор национальной программы иммунизации в Кыргызстане. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.

95. Совместная внешняя оценка Кыргызстана: отчет миссии. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<https://extranet.who.int/sph/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-2017.22-rus.pdf>, по состоянию на 26 июля 2018 г.).
96. Отчет о независимом мониторинге мероприятий в рамках Национальной кампании иммунизации против кори и краснухи. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.
97. Improving small-scale water supply and sanitation for better health. Meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.
98. Итоговое заключение (докладная записка). Тематическая встреча по вопросам предоставления медицинских услуг в рамках реализации программы «Ден соолук». 4–7 декабря 2017 г., Бишкек, Кыргызстан.
99. Needs assessment for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the Kyrgyz Republic. Geneva: WHO Framework Convention on Tobacco Control: Convention Secretariat; 2012.
100. Giuffrida A. Kyrgyz Republic public expenditure review policy notes: health. Washington (DC): World Bank Group; 2014. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/230751468278103264/Kyrgyz-Republic-Public-expenditure-review-policy-notes-health>, accessed 26 July 2018).
101. Dobravolskas E. Внедрение экосистемы электронного здравоохранения. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
102. Аднаева Н. Национальная электронная база данных лекарственных средств и средств медицинского назначения. Бишкек: Министерство здравоохранения; год не указан.
103. Калилов Ж. О реализации программы «Иммунопрофилактика» на 2013–2017 годы. Год не указан.
104. Кадырова Н. Панель управления информационными системами больниц. Бишкек: Министерство здравоохранения.

Презентации в рамках тематической недели

105. Barbazza E., Железняков Е. Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике для выявления проблем, касающихся политики: краткое изложение фактов и представление программных тезисов. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.
106. Тойматов Ш. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, показатели здоровья населения. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017.
107. Калиев М. Текущая модель государственных гарантий по обеспечению граждан и показатели здоровья. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2017 г.
108. Farrington J., Железняков Е., Насидзе Н., Сыдыкова А. Определение приоритетности услуг для улучшения показателей здоровья в Кыргызской Республике: ключевые факторы и варианты политики. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.
109. Strizrep T. Аналитическое предложение о пересмотре пакета государственных гарантий на основе имеющейся информации. Вашингтон (округ Колумбия): Группа Всемирного банка; 2017 г.
110. Тойматов Ш. Организация оказания медицинской помощи (по компонентам). Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017.

111. Pikani J. Основные факторы, которые учитывались при разработке генерального плана. Бишкек; 2017 г.
112. Rivera A. Лечение диабета в Кыргызстане: определение зон неэффективности в практике оказания услуг. Вашингтон (округ Колумбия): Группа Всемирного банка; 2017 г.
113. Farrington J., Zwetyenga J., Jurgutis A. Разработка подходящей модели оказания медицинских услуг: различные взгляды. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.
114. Калиев М. Финансирование на основе результатов как инструмент повышения эффективности поставщиков медицинских услуг. Бишкек: Фонд обязательного медицинского страхования; 2017 г.
115. Возможность применения смешанной оплаты поставщикам услуг в целях повышения их эффективности: основанное на результатах финансирование платежей больницам и учреждениям ПМСП. Бишкек: Секретариат по вопросам финансирования на основе результатов; 2017 г.
116. Strizrep T. Развитие дневного стационара – основа для экономии затрат и повышения качества услуг. Вашингтон (округ Колумбия): Группа Всемирного банка; 2017 г.
117. Katsaga A. Роль данных для стратегических закупок. Какие данные имеются и как их можно использовать в стратегических закупках? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.
118. Shaw C. Качество медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.
119. На пути к формированию «модели автономии организаций здравоохранения»: Уроки, извлеченные в рамках Проекта «Автономия Организаций Здравоохранения». Бишкек: Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству и проект автономии организаций здравоохранения; 2017 г.

Стратегии

120. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Ден соолук» на 2012-2016 годы. Программа «Ден соолук» [веб-сайт]. Бишкек: Ден соолук; 2012 г. (<http://densooluk.med.kg/en/home-en/2-uncategorised/2-den-sooluk-national-health-reform-program-of-the-kyrgyz-republic.html#>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
121. Программа по развитию сферы обращения лекарственных средств в Кыргызской Республике на 2014-2020 годы. Утверждена Постановлением № 376 Правительства Кыргызской Республики от 8 июля 2014 г. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2014 г. (<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/96635>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
122. Электронное здравоохранение в Кыргызской Республике: Стратегия и план действий по ее реализации на 2015-2020 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.
123. Программа устойчивого развития Кыргызской Республики на 2013-2017 годы. Жогорку Кенеш Кыргызской Республики. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2013 г.
124. Стратегия развития систем питьевого водоснабжения и водоотведения. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2016 г.
125. Программа по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы. Утверждена Постановлением № 597 Правительства Кыргызской Республики. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2013 г.

126. Министерство здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, USAID. Национальное руководство по мониторингу и оценке результатов противотуберкулезной программы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.
127. Интеграция Целей устойчивого развития до 2030 года в стратегические программы сектора здравоохранения Кыргызстана и страновую стратегию развития до 2040 года. Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения; 2017 г.
128. Стратегия охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье – 2020»). Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2014 г.
129. Стратегия развития последипломного и непрерывного медицинского образования на 2014–2020 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2014 г.
130. Национальная программа иммунизации, Комплексный многолетний план иммунизации на 2017–2021 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
131. Приложение 1 к Инвестиционной программе в сфере здравоохранения на 2016–2025 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.
132. Национальная стратегия устойчивого развития Кыргызской Республики на 2013–2017 годы. Бишкек: Национальный совет по устойчивому развитию Кыргызской Республики; 2013 г.
133. Государственная лекарственная политика на 2014–2020 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2013 г.
134. План реализации по усилению первичной медико-санитарной помощи на 2016–2018 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.
135. Национальная программа развития лабораторной службы Кыргызской Республики на 2017–2025 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
136. Новые противотуберкулезные лекарства и краткосрочный режим лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза: план внедрения на 2016–2017 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.
137. Программа улучшения перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008–2017 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2008.
138. План действий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017–2026 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.
139. Программа Правительства Кыргызской Республики «Спортивный Кыргызстан» на 2018–2022 годы. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2017 г.
140. Программа «Иммунопрофилактика» на 2013–2017 годы. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2013 г.
141. Программа «Туберкулез-IV» на 2013–2017 годы. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2013 г.
142. План мероприятий по реализации Концепции создания электронной базы данных лекарственных средств и продуктов медицинского назначения в Кыргызской Республике на 2016–2020 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.
143. Программа «Туберкулез-V» на 2018–2021 годы. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2017 г.

144. Программа развития экстренной медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2018-2027 годы. Бишкек: Министерство здравоохранения; в процессе подготовки.

Прочие материалы

145. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
146. Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015 г. (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/>, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
147. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health2020-Short-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
148. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015-2020 годы. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/283848/65wd13r_HealthSystemsStrengthening_150494.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
149. Tello J, Barbazza E. Предоставление услуг здравоохранения: изложение концепции. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/318332/Health-Services-Delivery-A-concept-note-301015-ru.pdf?ua=1, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
150. Профили сахарного диабета в странах: Кыргызстан. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2016 г. (http://www.who.int/diabetes/country-profiles/kgz_ru.pdf, по состоянию на 16 июля 2018 г.).
151. Worldwide cancer mortality statistics: Worldwide age-standardized mortality rates [online database]. London: Cancer Research UK; 2014 (<http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/worldwide-cancer/mortality#heading-Zero>, accessed 17 June 2018).
152. World health statistics visualizations dashboard [online database]. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/gho/data/node.sdg>, accessed 17 June 2018).

Законодательство

Названия следующих документов переведены на английский язык.

Стандарты аккредитации – сборник стандартов для центров семейной медицины. Медицинская аккредитационная комиссия.

Стандарты аккредитации больниц – раздел I: руководство/управление. Медицинская аккредитационная комиссия.

Стандарты аккредитации больниц – раздел II: клиническая безопасность. Медицинская аккредитационная комиссия.

Стандарты аккредитации больниц – раздел III: качество медицинской помощи, оказываемой пациентам. Медицинская аккредитационная комиссия.

Стандарты аккредитации больниц – раздел IV: материально-техническая база и безопасная окружающая среда. Медицинская аккредитационная комиссия.

Закон № 116 «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2016 г.

Закон № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 1999 г.

Приказ № 28 «Положения о льготном лекарственном обеспечении населения на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий и Дополнительной программе обязательного медицинского страхования». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2012 г.

Закон № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2005 г.

Должностная инструкция инженера по технике безопасности и охране труда. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Должностная инструкция врача-клинического фармаколога. Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приложение 4 к Приказу № 454: «Положение о клиническом аудите». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приложение 1 к Приказу № 454: «Положение о комитете качества медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приложение 2 к Приказу № 454: «Положение об отделе по управлению качеством медицинских услуг на уровне организаций здравоохранения». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приложение 3 к Приказу № 454: «Положение о технических/рабочих группах по управлению качеством на уровне структурных подразделений». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приказ № 454 «О совершенствовании системы управления качеством в организациях здравоохранения Кыргызской Республики». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приказ № 69 «Об утверждении индикаторов оценки деятельности руководителей организаций здравоохранения Кыргызской Республики первичного и вторичного уровней». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Постановление № 597 «О Программе по профилактике и контролю инфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013–2020 годы». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2013 г.

Приказ № 117 об утверждении «Положения о руководителе организации здравоохранения». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2013 г.

Приказ № 149 об утверждении «Положения о квалификационной характеристике семейного врача». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2007.

Приказ № 9-р «План действий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи населению Кыргызской Республики на 2017–2026 годы». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2017 г.

Приказ № 123 об утверждении «Плана действий по оптимизации системы оказания противотуберкулезной помощи». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2016 г.

Постановление № 790 об утверждении «Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2015 г.

Приказ № 270 об утверждении «Правил приписки населения Кыргызской Республики к группам семейных врачей». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2009 г.

Приказ № 445 «О создании доврачебного кабинета (кабинет неинфекционных заболеваний) в центрах медицинской помощи и центрах общей врачебной практики». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2014 г.

Приказ № 54 «О групповой врачебной (семейной) практике». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приказ № 585 «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения в Кыргызской Республике». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приказ № 31 «О нормах нагрузки штатных единиц в организациях здравоохранения». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Приказ № 354 «Об утверждении методического руководства по оплате труда». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2011.

Приказ № 65 «Об улучшении управления кадровыми ресурсами в пилотных организациях здравоохранения Иссык-Кульской области». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.

Приказ № 648 «Перечень услуг неотложной медицинской помощи». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.

Приказ № 647 «Перечень услуг перинатальной помощи». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.

Постановление № 411 «Об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики». Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2006 г.

Приказ № 229 «Об утверждении Положения о продолжительности рабочего времени (норма часов в неделю) медицинских работников». Бишкек: Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики; 2006.

Приказ № 737 «О внесении изменений и дополнений в ведомость учета амбулаторных посещений (Форма № 039/у). Бишкек: Министерство здравоохранения; 2017 г.

Приказ № 477 «Об утверждении форм первичного медицинского учета случаев рождения и смерти». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2012 г.

Приказ № 197 «О распространении регистра больных сахарным диабетом в организации здравоохранения Баткенской, Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областей». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2014 г.

Приказ № 496 «Об утверждении Стратегии электронного здравоохранения Кыргызской Республики на 2015-2020 годы». Бишкек: Министерство здравоохранения; 2015 г.

Положение о Координационном совете по общественному здравоохранению при Правительстве Кыргызской Республики. Утверждено Приказом № 169. Бишкек: Правительство Кыргызстана; 2014 г.

Приложение 1. Инструменты аналитического обзора

Выбор услуг		
Определение приоритетных направлений медицинских услуг на основе популяционного подхода	Стратификация населения	Используются ли данные системы наблюдения за состоянием здоровья населения при выборе услуг? Учитывается ли при этом популяционный риск? Уязвимые группы?
Четкое определение пакета услуг, составляющих полный цикл медицинского ухода	Базовый пакет услуг здравоохранения	Существует ли четко определенный и стандартизованный пакет услуг? Каковы спецификации этого пакета услуг, если таковой имеется?
	Первичная профилактика Услуги по информированию, обучению, консультированию и формированию здорового образа жизни	Предоставляются ли услуги консультирования на уровне первичной медико-санитарной помощи, например, по вопросам питания и диеты, физической активности, отказа от курения, алкогольной зависимости, послеродового ухода, изменения привычек и психического здоровья?
	Скрининговые обследования населения	Проводится ли скрининг под руководством врачей общей практики на уровне первичной медико-санитарной помощи? Проводят ли врачи общей практики ежегодные медицинские осмотры или обследования? Осуществляется ли выдача лекарственных средств на уровне первичной медико-санитарной помощи?
	Оценка индивидуального риска	Проводят ли врачи общей практики оценку риска сердечно-сосудистых заболеваний? Оценку риска других заболеваний?
	Ранняя диагностика Регистрация Скрининг Лабораторные исследования Услуги диагностической визуализации	В каком объеме медицинские работники первичной помощи оказывают диагностические услуги? По индикаторным состояниям?
	Лечение Назначение лекарств Терапевтическая аппаратура Последующее наблюдение Неотложная помощь	Могут ли врачи общей практики назначать лекарства при выявлении индикаторных состояний? Назначать применение терапевтических приборов? Кто и как осуществляет последующее наблюдение? Какие меры неотложной помощи принимаются при острых состояниях?
	Ведение заболеваний Комбинированная терапия Уход на дому Телемедицина Вторичная профилактика Обезболивание Психологические услуги	Какие индикаторные состояния обслуживают поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи? Какие специалисты привлекаются к ведению болезней?

Паллиативная помощь	Комбинированная терапия Уход на дому Обезболивание Психологические услуги Когнитивная психотерапия	Доступны ли услуги долгосрочной медицинской помощи/ паллиативной помощи? Предусмотрен ли в рамках таких услуг уход на дому? Обезболивание? Другие формы паллиативной помощи?
Сопутствующие услуги	Лабораторные исследования Реабилитация Физиотерапия Грамотность в вопросах здоровья	Как проводятся лабораторные исследования? Доступны ли услуги по реабилитации и физиотерапии? Оказываются ли услуги по повышению грамотности в вопросах здоровья?
Вовлечение и изменение поведенческих моделей пациентов	Самостоятельный контроль состояния Принятие совместных решений Взаимная поддержка (принцип «равный – равному») Школы пациентов Инструменты поощрения пациентов	Оказываются ли услуги, направленные на вовлечение пациентов в процесс лечения? Услуги, способствующие тому, чтобы пациенты самостоятельно контролировали свое состояние? Вовлекает ли врач пациентов в процесс принятия решений, касающихся лечения? Существуют ли школы пациентов по конкретным заболеваниям? Если да, то какие?

Разработка услуг медицинской помощи для всех этапов жизни

Планирование маршрутов оказания помощи, в том числе переходов между видами и уровнями оказания помощи, направлений к другим врачам и обратных направлений, для определения наиболее оптимальных для пациентов маршрутов	Система направлений Выписка Госпитализация	Контролируют ли врачи первичной медико-санитарной помощи доступ к специализированной помощи? Социальной помощи? Разработаны ли протоколы направления пациентов к другим специалистам, такие как врачебные направления с указанием сведений о постановке диагноза и лечении?
	Последующее наблюдение	Как осуществляется последующее наблюдение пациентов с множественными хроническими состояниями? Посещения на дому?
	Маршруты оказания помощи Переходы между видами и уровнями оказания помощи	Организована ли четкая маршрутизация потока пациентов между уровнями оказания помощи? Существуют ли механизмы, обеспечивающие оптимальные переходы между видами и уровнями оказания помощи?
Возможность адаптировать услуги к нуждам пациентов	Схемы оказания помощи Гибкие механизмы доступа	Существуют ли индивидуальные схемы оказания помощи пациентам с полипатией? Организованы ли услуги таким образом, чтобы учитывать многоплановые потребности пациентов?

Организация работы поставщиков и условий оказания помощи

Доступность учреждений	Учреждения первичной медико-санитарной помощи Поликлиники Возможность выбора Регистрация Количество приемов пациентов Рабочая нагрузка	Могут ли пациенты свободно выбирать поставщика первичной медико-санитарной помощи? Могут ли они выбрать врача первичной медико-санитарной помощи? Требуется ли от пациентов встать на учет у врача общей практики? Какая в среднем численность обслуживаемого населения на одну группу семейных врачей/одного врача? Сколько обычно пациентов принимает врач в сутки?
Больницы	Районные больницы Специализированные больницы Координация	Как организована больничная сеть? Как организована система направлений пациентов в больницы врачами первичной медико-санитарной помощи?
Лаборатории	Лабораторная сеть	Как организована лабораторная сеть? Какова разница между услугами первичной медико-санитарной помощи и специализированными услугами, если такая имеется?
Регулярный доступ к медицинской помощи; службы неотложной помощи	Часы работы Помощь в нерабочие часы Службы неотложной помощи	Предусмотрена ли для врачебной практики минимальная продолжительность рабочего времени? Как пациенты могут получить медицинскую помощь вне рабочих часов учреждений первичной медико-санитарной помощи?
Формы медицинской практики (бригады первичной медико-санитарной помощи и многопрофильный подход)	Многопрофильные группы Координация Сотрудничество	Какой объем первичной медико-санитарной помощи предоставляется командой медицинских специалистов? Какие специалисты входят в состав бригады первичной медико-санитарной помощи? Насколько специалисты из разных секторов (включая здоровье общества, психическое здоровье, социальную помощь) координируют свою работу?
Четкое разделение функций (объем, охват и спектр услуг) между поставщиками	Сфера практической деятельности медсестер	Какими общими полномочиями наделены медсестры при оказании первичной медико-санитарной помощи? Включая назначение лекарств, направление на пациентов на лабораторные, диагностические исследования, принятие решений о медицинском обслуживании, оформление направления к специалисту и т. д.?
	Сфера практической деятельности врачей общей практики	Насколько врачи общей практики уполномочены осуществлять диагностику, назначения и лечение заболеваний, включенных в приоритетные области улучшения показателей здоровья?
	Сфера практической деятельности специалистов	Какова роль и круг задач специалистов? Как специалисты работают с другими поставщиками медицинских услуг?
Обмен информацией	Общий доступ к медицинской документации Координатор по оказанию помощи Телемедицина	Какие механизмы используются для того, чтобы упорядочить поток информации (такие как совместное ведение медицинских карт и электронные карты)? Работают ли координаторы по оказанию помощи?

Управление системой предоставления услуг

Автономность в распределении и управлении ресурсами	Комплектование персонала Персонал	Могут ли руководители учреждений нанимать персонал? Могут ли они устанавливать размер вознаграждения для персонала?
	Руководство учреждением Бюджет учреждения Инвестиции	Насколько руководители уполномочены определять бюджет учреждения? Могут ли они перемещать средства из одной бюджетной статьи в другую? Могут ли они реинвестировать сэкономленные средства?
	Поддержание инфраструктуры в исправном состоянии Техническое обслуживание Ресурсы учреждения	В каком состоянии находится инфраструктура учреждения? Обеспечивают ли руководители регулярный ремонт и техническое обслуживание? Каков статус имеющихся ресурсов на уровне учреждений?
Установление продуктивных связей между участниками процесса	Коллаборации Частный сектор Неправительственные организации	Какие связи между различными участниками процесса влияют на принятие решений при предоставлении услуг?
Использование подхода, ориентированного на результаты	Управление, основанное на показателях работы Удовлетворенность пациентов (опрос) Результаты лечения с точки зрения пациентов Финансирование на основе результатов Стратегическое планирование	Проводятся ли в учреждениях ежегодные обзоры и процессы планирования? В учреждениях районного уровня? И/или областного? Используются ли в процессах стратегического планирования данные регионов?

Повышение эффективности

Укрепление системы руководства клинической практикой	Оценка эффективности Отчетность о нарушениях безопасности Обратная связь по качеству услуг Целевые показатели клинической деятельности Система подачи и рассмотрения жалоб Отчетность о побочных реакциях Проверки	Какие процессы обеспечивают качество помощи (например, отчеты о нарушениях безопасности; отчетность по жалобам; оценка эффективности; проверки и проч.)?
Создание системы непрерывного обучения на протяжении всей жизни	Непрерывное профессиональное развитие Непрерывное медицинское образование Группы коллегиального разбора Клинический аудит Обучение по месту работы	Какие механизмы используются для непрерывного повышения качества первичной медико-санитарной помощи (непрерывное медицинское образование, непрерывное профессиональное развитие, внутренние проверки, аудит и обучение)? Как часто они проводятся? Какие механизмы используются в отношении специализированных услуг?
	Профессиональная удовлетворенность Престиж профессии Карьерный рост	Каков статус медицинских работников? Имеются ли различия в престиже, уровне удовлетворенности карьерными перспективами и профессиональных возможностях для разных медицинских специальностей? Как эти различия меняются в зависимости от географического региона?

Приложение 2. Потребности в охране здоровья

Потребности в медицинских услугах, наиболее актуальных для населения

Во многих публикациях отмечается, что неинфекционные заболевания несут наибольшую угрозу для здоровья населения. В 2015 году на долю неинфекционных заболеваний в Кыргызстане пришлось 80 % всех смертей (6). В том же году вероятность умереть от четырех основных неинфекционных заболеваний в возрасте от 30 до 70 лет составила 31,8 % для мужчин и 17,0 % для женщин, в то время как средние показатели для стран Европейского региона ВОЗ равны 23,7 % и 12,3 % соответственно. В 2013 году уровень смертности от неинфекционных заболеваний среди мужчин был в 2,5 раза выше, чем среди женщин (19).

Сердечно-сосудистые заболевания. Сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смертности в Кыргызстане (50 % всех смертей) (3,6,19,64,100). Основные сердечно-сосудистые заболевания включают острый инфаркт миокарда, инсульт, острый коронарный синдром, ишемическую болезнь сердца и хроническую обструктивную болезнь легких. Тем не менее, отмечается стабильное снижение смертности от инсульта и острого инфаркта миокарда (более заметное снижение смертности от острого инфаркта миокарда наблюдается среди женщин) (6). Смертность от ишемического инсульта, напротив, возросла в период с 2011 по 2014 годы, составив существенную долю в структуре преждевременной смертности (6,52).

Диабет. С начала 1990-х годов распространенность диабета среди населения Кыргызстана неуклонно росла, составив 7,8 % для мужчин и 9,3 % для женщин в 2014 году. Ведущим фактором риска как для мужчин, так и для женщин является избыточный вес (42,5 % и 46,6 % соответственно), за которым следуют ожирение и отсутствие физической активности (150).

Онкологические заболевания. Показатели заболеваемости и смертности от рака в Кыргызстане – одни из самых высоких в Центральной Азии (85). Высокая смертность среди женщин объясняется, главным образом, высокими показателями по раку молочной железы и шейки матки (7,52). Наибольшую смертность среди мужчин вызывает рак желудка, за ним следуют рак легких и рак печени (85). В 2012 году смертность от онкологических заболеваний в Кыргызстане среди мужчин и женщин составила 99,86 на 100 000 населения (151).

Охрана здоровья матери и ребенка. Согласно обзору за 2016 год в рамках Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Ден соолук», основные целевые показатели по сокращению материнской и перинатальной смертности были достигнуты: младенческая смертность снизилась на 10 % в 2016 году, перинатальная смертность младенцев с малым весом при рождении – на 20 %, материнская смертность также понизилась (9). Несмотря на это, показатели младенческой и материнской смертности в Кыргызстане – одни из самых высоких среди стран Европейского региона ВОЗ (24). Кыргызстан имеет самый высокий показатель материнской смертности в регионе: 76 на 100 000 населения, в то время как средний показатель – 16 на 100 000 населения (152). В стране также один из самых высоких показателей смертности среди детей в возрасте до пяти лет и среди новорожденных на первом

месяце жизни: 21,1 (средний по региону 9,6) и 11,6 (средний по региону 5,1) на 100 000 населения соответственно. Ведущие причины материнской смертности – акушерские кровотечения, массивные кровопотери, экстрагенитальные заболевания, гипертензия и сепсис (5,9,24,40,52,90). Причины младенческой и детской смертности включают, в основном, диарею, пневмонию, лихорадку, неонатальные осложнения (недоношенность, малый вес при рождении, неонатальные инфекции и асфиксия при рождении) (2,40). Также среди младенцев до двух лет встречается анемия, а у детей в возрасте до 5 лет – нехватка питательных микроэлементов (43).

Туберкулез. В период с 2001 по 2009 годы количество больных туберкулезом снизилось как среди всего населения, так и в пенитенциарной системе (25). С 2010 по 2014 годы показатели стабилизировались (25). Уровень заболеваемости туберкулезом снизился с 71,8 на 100 000 населения в 2012 году до 45,7 на 100 000 населения в 2016 году (67). Смертность от туберкулеза также снизилась с 27 на 100 000 населения в 2001 году до 5,8 на 100 000 населения в 2016 году (48). В настоящее время основные силы направлены на борьбу с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза, а также с формами заболевания с множественной лекарственной устойчивостью и широкой лекарственной устойчивостью (14). Кыргызстан входит в число 30 стран мира с самым высоким уровнем заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

ВИЧ. Борьба с ВИЧ-инфекцией остается одним из приоритетов программ развития здравоохранения, например, «Ден соолук». ВИЧ-инфекция чаще всего встречается среди людей, принимающих инъекционные наркотики, но она также представляет опасность для всех остальных слоев населения (4,100). Снизился показатель передачи ВИЧ от матери к ребенку; в 2015 году была достигнута цель сократить этот показатель на 3% (9,10). Однако треть случаев заражения ВИЧ-инфекцией остаются не диагностированными (4). С 2012 года по 2016 год увеличилось число людей, получающих антиретровирусную терапию (10), но только 2% людей, принимающих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ-инфекцией, получают как антиретровирусную терапию, так и опиоидную заместительную терапию (4).

Факторы риска

Поведенческие факторы риска, такие как неправильное питание, алкоголизм и табакокурение, приводят к смерти и инвалидности, способствуют развитию гипертонии и росту индекса массы тела (3,5,7,9,11,17,19,36,81,82). В 2013 году было установлено, что практически каждый пятый взрослый житель страны имеет высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и более трети взрослого населения подвержены трем и более факторам риска кардиозаболеваний (11). Более двух пятых взрослых в возрасте 25–64 года имеют высокое артериальное давление, а четверть – повышенный уровень холестерина в крови (11,36).

В 2013 году курильщиками являлись почти половина мужского населения и более 25% всего взрослого населения страны (11,36). Наиболее распространенные продукты питания содержат много соли и транс жиры (11,15,36). В 2013 году Кыргызстан занимал четвертое место среди 187 стран по потреблению соли (19). Проведенное в том же году исследование показало, что около двух пятых мужчин и одна пятая женщин употребляют алкоголь, а 23% мужчин име-

ют алкогольную зависимость (19). Алкоголь относится к серьезным факторам риска развития заболеваний, включая множественные формы рака, панкреатит, эпилепсию, диабет, цирроз печени, ишемическую болезнь сердца, инсульт и другие сердечно-сосудистые заболевания и болезни системы кровообращения (19). Треть взрослого населения (33,1 %) страдает избыточным весом, 23,1 % – ожирением; 11,4 % испытывает недостаток физической активности (19).

Факторы риска младенческой и детской смертности в основном обусловлены состоянием здоровья матери и плохой экологией (например, из-за устаревших способов отопления в селах) (40). К основным факторам риска относятся плохие жилищные условия, водоснабжение и санитария (97), социальная дискриминация, городское планирование и доступность товаров (19).

Прогнозирование потребностей

Ожидается, что к 2030 году 11,3 % населения Кыргызстана достигнет возраста 60 лет и выше. Это заметный рост в сравнении с 4,23 % людей в возрасте старше 65 лет по состоянию на 2015 г. Тенденция свидетельствует о возможном повышении демографической нагрузки пожилыми людьми и усилении текущих тенденций, которые наблюдаются в странах Европейского региона ВОЗ и связаны со старением населения, включая растущее бремя неинфекционных заболеваний и количество инвалидов среди пожилых людей.

Преждевременная смертность от неинфекционных заболеваний снизилась с 659,5 на 100 000 населения в 2010 году до 604,1 на 100 000 населения в 2013 году (7). Если тенденция сохранится, то есть вероятность, что по данному индикатору будут достигнуты цели, поставленные в рамках Стратегии «Здоровье-2020» (2020 г.), глобальные цели по неинфекционным заболеваниям (2025 г.), а также целевой ориентир в рамках Целей устойчивого развития (2030 г.) (7).

В период с 2012 года по 2016 год снизилась общая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Однако среди стран Европейского региона ВОЗ у Кыргызстана по-прежнему самые высокие показатели предотвратимой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (3,9,19,29). Возросло количество осложнений у людей с диабетом и инфарктом миокарда (40). В общей сложности у 17 % взрослого населения Кыргызстана в возрасте от 40 до 64 лет с вероятностью 30 % или выше в течение 10 лет разовьется фатальное или нефатальное сердечно-сосудистое заболевание (19). Ожидается, что в Кыргызстане каждый год 11000 человек будут заболевать раком (34).

Несмотря на достигнутый прогресс, задача снизить распространенность туберкулеза на 50 % все еще не выполнена, как и цель по уровню смертности от туберкулеза, которая в настоящее время в два раза выше целевого показателя (11 на 100 000 населения) (14). Кыргызстан входит в список 27 стран с самыми высокими показателями по распространенности лекарственно-устойчивого туберкулеза (25).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 году, основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: eucontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int