



**Всемирная организация  
здравоохранения**

**Европейское** региональное бюро

# **СЛУЖБЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА**

**ОБЗОР И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ТЕХНИЧЕСКИЙ ОТЧЕТ**

**31 АВГУСТ 2011**

**БИШКЕК**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

## РЕЗЮМЕ

Данный анализ и оценка существующих служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике осуществлен в соответствии с текущими процессами реформирования общественного здравоохранения в рамках программы «Манас таалими», и Двухстороннего соглашения о сотрудничестве между Кыргызской Республикой и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения на 2010-2011 гг.

Целью проведения данного обзора является получение общей картины различных служб общественного здравоохранения, включая перечень имеющихся областей деятельности, сложившуюся структуру и взаимодействие со службами, предоставляющими индивидуальные услуги.

### КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

ОСНОВНЫЕ СФЕРЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПРОФИЛАКТИКА И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ  
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ  
СФЕРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СЛУЖБА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
SELF-ASSESSMENT САМООЦЕНКА

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

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

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

### © World Health Organization 2011

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 явно 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.

## Сокращения

АЕТР	Программа по прикладной эпидемиологии и биостатистике CDC
БМУ	Бишкекское медицинское училище
БНИЦТиО	Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	Высшее учебное заведение
ГАООС и ЛХ	Государственное Агентство по охране окружающей среды и лесного хозяйства
ГД	Группы действия Сельских Комитетов Здоровья
ГСВ	Группа (группы) семейных врачей
ГФСМТ	Глобальный Фонд по борьбе со СПИД, малярией и туберкулезом
ДГСЭН	Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ЕРБ	Европейское региональное бюро ВОЗ
КГМИП и ПК	Кыргызский Государственный Медицинский Институт переподготовки и повышения квалификации
КШППРЗ	Кыргызско-Швейцарский Проект по реформе здравоохранения
KFW	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i> , Кредитный институт восстановления, или Банк развития Правительства Германии
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НАССР	Система управления безопасностью пищевых продуктов
НПО	Научно-производственное объединение
НЦКиТ	Национальный центр кардиологии и терапии
НЦОМид	Национальный центр охраны материнства и детства
ОЗ	Общественное здравоохранение
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
РЦИ	Республиканский центр иммунопрофилактики
РЦП	Республиканский центр психиатрии
РЦУЗ	Республиканский центр укрепления здоровья
СВА	Сельская врачебная амбулатория
СВК	Синдром врожденной краснухи
СКЗ	Сельские комитеты здоровья
СМКК	Страновой многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям
СУБД	Система управления базами данных
CDC	Центр по контролю заболеваний (США)
ТБ	Территориальная больница
УМО	Управление медицинскими отходами
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦГСЭН	Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ЦСМ	Центр семейной медицины
SDC	Швейцарское агентство развития и сотрудничества

## Выражение благодарности

Отчет подготовлен рабочей группой Министерства здравоохранения с привлечением специалистов из разных областей и национальных и международных экспертов под руководством д-ра Марии Русевой, Регионального Советника ЕРБ ВОЗ и эксперта ЕРБ ВОЗ д-ра К. Монолбаева, Магистра общественного здравоохранения (МРН). Особую благодарность за помощь, оказанную при проведении оценки служб общественного здравоохранения в стране, выражаем д-ру Доре Мирчевой, советнику общественного здравоохранения (Европейское региональное бюро ВОЗ), Татьяне Ивановой, профессору общественного здравоохранения (Болгария), а также Главе Офис ВОЗ в Кыргызстане Осмонбеку Молдокулову и национальным экспертам, внесшим неоценимый вклад в подготовку национального отчета.

В работе по подготовке данного национального отчета принимали участие следующие члены Рабочей группы:

С.Т. Абдикаримов	Заместитель министра, Главный Государственный Санитарный Врач КР
А.С. Сыдыканов	Заведующий отделом Общественного здравоохранения, Минздрав КР, руководитель группы
А.К. Имакеев	Специалист по гигиене, Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора
Д.С. Оторбаева	Специалист по эпидемиологии, Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора
Л.К. Мурзакаримова	Руководитель Республиканского медико-информационного центра
Г.В. Белов	Заместитель директора, Научно-производственное объединение "Профилактическая медицина"
Ч.А. Мусабекова	Заместитель директора, Республиканский центр укрепления здоровья
Б.С.Кулиев	Ученый секретарь, Бишкекский Научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Э.Т. Бокчубаев	Проректор, Кыргызский медицинский институт подготовки и переподготовки кадров
Т.С. Буйлашев	Заместитель директора, Национальный центр охраны материнства и детства
С.С. Мусабаева	Заместитель директора, Республиканский центр психиатрии
О.В. Сафонова	Заместитель директора, Республиканский центр иммунопрофилактики
А.К. Айткулова	Преподаватель, Бишкекское медицинское училище
Р.К. Урумбаев	Заведующий отделом профилактики, Национальный центр кардиологии и терапии

## СОДЕРЖАНИЕ

	<b>Стр.</b>
<b>1. ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>2</b>
1.1 Роль общественного здравоохранения.....	4
1.2 Историческое развитие служб общественного здравоохранения .....	6
1.3 Методология оценки .....	10
<b>2. ОПИСАНИЕ СТРАНЫ</b> .....	<b>11</b>
2.1 Социально-экономическая ситуация .....	12
2.2 Демография .....	16
2.3 Состояние здоровья населения.....	18
<b>3. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА И ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> .....	<b>24</b>
3.1 Институциональная структура .....	24
3.2 Законодательная база .....	26
3.3 Система финансирования .....	28
<b>4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b> .....	<b>29</b>
4.1 Надзор и оценка здоровья и благополучия населения .....	29
4.2 Выявление проблем здоровья и рисков для здоровья в сообществе.....	32
4.3 Готовность и планирование в случае чрезвычайных ситуаций в области общественного здоровоохранения .....	37
4.4 Действия по охране здоровья (гигиена окружающей среды, гигиена питания, безопасность пищевых продуктов и т.д.) .....	43
4.5 Профилактика заболеваний .....	52
4.6 Укрепление здоровья.....	70
4.7 Оценка качества и эффективности услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ .....	76
4.8 Обеспечение кадрами служб общественного здравоохранения.....	1
4.9 Лидерство, управление и инициирование, разработка и планирование политики в области общественного здравоохранения .....	5
4.10 Научные исследования в области общественного здравоохранения.....	7
<b>5. Общее заключение</b> .....	<b>9</b>
Общие рекомендации .....	10
<b>6. БИБЛИОГРАФИЯ</b> .....	<b>13</b>
<b>7. Перечень действующих приказов Минздрава в сфере деятельности общественного здравоохранения</b> .....	<b>14</b>
<b>8. ТЕРМИНОЛОГИЯ</b> .....	<b>17</b>

## 1. ВВЕДЕНИЕ

Данный анализ и оценка существующих служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике осуществлен в соответствии с текущими процессами реформирования общественного здравоохранения в рамках программы «Манас таалими», и Двухстороннего соглашения о сотрудничестве между Кыргызской Республикой и Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения на 2010-2011 гг. Целью проведения данного обзора является получение общей картины различных служб общественного здравоохранения, включая перечень имеющихся областей деятельности, сложившуюся структуру и взаимодействие со службами, предоставляющими индивидуальные услуги. Все это, в конечном итоге, должно помочь лучше определить имеющиеся проблемы и создать в процессе реформирования такую модель служб общественного здравоохранения, которая будет выполнять все основные функции и соответствовать требованиям времени и международным стандартам. При этом основные функции служб общественного здравоохранения Кыргызской Республики указаны в новом Законе КР «Об общественном здравоохранении». Общественное здравоохранение сталкивается со значительными переменами, которые произошли за последние десятилетия, в том числе демографические изменения, эпидемиологические тенденции заболеваний, включая возникновение новых заболеваний, рост числа факторов риска для здоровья, в том числе изменение климата, внедрение новых технологий в здравоохранении, коммуникации и средства обмена информацией, а также осуществляемые на сегодня процессы реформирования сектора здравоохранения.

В рамках программы «Манас таалими» (2006-2010 гг.) перед общественным здравоохранением ставилась следующая цель: создание устойчивой службы общественного здравоохранения, ориентированной на потребности населения, основанной на интеграции программ защиты и укрепления здоровья, широком межсекторальном взаимодействии и активном участии общества в вопросах охраны и укрепления здоровья.

Повышение эффективности службы общественного здравоохранения рассматривалось в качестве важнейшей составляющей дальнейшего реформирования здравоохранения, которое будет достигнуто при обеспечении трех рабочих направлений:

- эпидемиологический надзор в широком смысле, включающий контроль инфекционных и актуальных неинфекционных заболеваний;
- усиление государственного регулирования;
- укрепление здоровья, включающее продвижение здорового образа жизни, повышение уровня знаний населения об основных аспектах здоровья, стимулирование межсекторальной работы для контроля основных детерминант здоровья на основе доказательных методов.

Для достижения вышеуказанных целей были поставлены следующие задачи:

**Задача 1. Повышение эффективности эпидемиологического надзора, укрепление здоровья и государственного регулирования путем формирования устойчивой интегрированной службы общественного здравоохранения.** В основе повышения эффективности общественного здравоохранения заложены структурные преобразования, повышение потенциала службы общественного здравоохранения, ее ориентация на потребности общества, приоритеты здравоохранения и достижение конкретных результатов путем повышения качества услуг общественного здравоохранения и

интеграция деятельности по укреплению здоровья и контролю заболеваний с ПМСП, общинами и населением.

**Задача 2. Создание нормативно-правового поля, стимулирующего эффективную деятельность службы и обеспечивающего условия для добровольного выполнения требований охраны и укрепления здоровья.** Будет полностью пересмотрена нормативная база службы общественного здравоохранения, сформировано правовое поле для создания благоприятных условий по соблюдению санитарного законодательства, гармонизированного с международными стандартами и требованиями.

**Задача 3. Дальнейшее расширение и развитие межсекторального сотрудничества и повышение прозрачности деятельности.** Эффективная деятельность по охране и укреплению здоровья требует более тесного межсекторального сотрудничества в области охраны и укрепления здоровья, направленного на снижение профессиональных, экологических, социальных рисков, изменение поведенческих стереотипов. Внедрение системы социально-гигиенического мониторинга позволит переориентировать службу общественного здравоохранения на потребности населения и сообществ, а также целенаправленно проводить мероприятия по приоритетным направлениям здравоохранения, будет способствовать формированию культуры здоровья и контролю над детерминантами здоровья.

**Задача 4. Переориентация деятельности службы общественного здравоохранения на приоритеты здравоохранения.** Изменение поведенческих стереотипов населения, переориентация системы здравоохранения на приоритеты здравоохранения и потребности населения конкретных регионов, снижение профессиональных, экологических и социальных рисков, улучшение условий труда через защиту и укрепление здоровья требуют расстановки приоритетов и функциональной координации. Данный вид деятельности потребует усиления контроля за инфекционными и паразитарными болезнями; реализации Европейского плана действий по гигиене окружающей среды и здоровья детей; проведения мероприятий по профилактике дефицита микронутриентов; и усиления мер радиационной безопасности.

Работа по проведению оценки служб общественного здравоохранения Кыргызстана проводилась в соответствии с разработанной ЕРБ ВОЗ методологией и с учетом основных областей деятельности общественного здравоохранения:

1. Мониторинг, оценка и анализ состояния здоровья населения.
2. Надзор, изучение и контроль рисков и угроз для общественного здоровья
3. Укрепление здоровья
4. Социальное участие и наделение граждан полномочиями в сфере здравоохранения
5. Выявление, прогнозирование, изучение и устранение проблем здравоохранения и факторов риска для здоровья населения.
6. Действия по охране здоровья (в области гигиены окружающей среды, гигиены труда, безопасности пищевых продуктов и т.д.)
7. Профилактика заболеваний
8. Обучение и подготовка кадров в сфере общественного здравоохранения
9. Обеспечение качества и эффективности служб индивидуальной и общественной медицинской помощи
10. Проведение научных исследований по вопросам общественного здравоохранения

Кроме этого, ВОЗ (Панамериканская организация здравоохранения, 2002 г.) добавил к вышеперечисленным функциям дополнительно следующую функцию (11-ю):

- Снижение воздействия чрезвычайных ситуаций и катастроф на здоровье населения.

При проведении анализа и оценки служб общественного здравоохранения был использован инструмент - анкета, разработанная ЕРБ ВОЗ и использованная в странах юго-восточной Европы и других странах. Под руководством Министерства здравоохранения в данной работе участвовали представители различных учреждений здравоохранения в составе Рабочей группы. ЕРБ ВОЗ оказала техническую помощь и финансирование для проведения данного анализа и оценки служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике. Настоящий доклад подготовлен в связи с приоритетностью реформирования и модернизации служб общественного здравоохранения и принятием нового закона КР об общественном здравоохранении. Проведенный анализ и оценка служб общественного здравоохранения необходим для понимания проблем в области общественного здравоохранения, разработки дальнейших шагов по развитию и укреплению служб общественного здравоохранения и улучшению состояния здоровья населения.

## **1.1 Роль общественного здравоохранения**

Общественное здравоохранение направлено на выявление причин, влияющих на здоровье населения в целом, таких как питание, факторы внешней среды и образ жизни. Социальная составляющая общественного здравоохранения ярко видна на примере недостаточного питания одних групп населения, и одновременной "эпидемией" ожирения других. Курение, чрезмерное употребление алкоголя, переедание, недостаточная физическая активность в сочетании с загрязнением воздуха и воды признаны основными факторами риска неинфекционных заболеваний. Выводы по этим и другим факторам риска были сделаны на базе широких эпидемиологических исследований второй половины 20-го века. Современная эпидемиология, как основной научный инструмент общественного здравоохранения, рассматривает здоровье населения во взаимосвязи с окружающей средой, социально поведенческими детерминантами и генетическими факторами. Современное общественное здравоохранение затрагивает практически все области, так или иначе связанные со здоровьем населения, и предполагает междисциплинарный подход, применяемый для раскрытия причинно-следственных связей, профилактики и укрепления здоровья общества в целом.

Приоритетом общественного здравоохранения по сравнению с т.н. "лечебной медициной" является здоровье населения в целом, а не одного отдельно взятого индивидуума. Практически повсеместно общественное здравоохранение в последние десятилетия финансировалось недостаточно. И только в последние годы ситуация с финансированием начинает изменяться к лучшему, во многом благодаря "возврату старых" и появлению "новых" проблем, стоящих перед общественным здравоохранением, таких как туберкулез, СПИД/ВИЧ, атипичная пневмония, а также пандемия свиного гриппа H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>. Можно сказать, что именно благодаря этим глобальным угрозам для здоровья и углублению социальной неравномерности распределения показателей здоровья, общественное здравоохранение переживает свое возрождение. Общество начало осознавать, что здоровье народа связано с экономическими и социальными детерминантами, и что проблемы общественного здравоохранения могут быть решены только на основе привлечения специалистов разного профиля и широкой общественности.

Широкие демократические преобразования в конце 20-го века в странах Восточной Европы и Центральной Азии вызвали значительные реформы и в сфере здравоохранения.

В то же время, общественное здравоохранение продолжает отставать в темпах реорганизации, и не в последнюю очередь, благодаря отношению к общественному здравоохранению как второстепенной дисциплине, отсутствию комплексного подхода, недостатку подготовленных специалистов по общественному здравоохранению. Кроме этого, имеет место недостаточное финансирование общественного здравоохранения и более низкий уровень заработной платы работников общественного здравоохранения, по сравнению со специалистами лечебных учреждений.

Принято различать классическое и новое общественное здравоохранение. Для классической модели общественного здравоохранения характерны следующие признаки и сферы деятельности:

- Высокая централизация и строгая иерархия системы общественного здравоохранения и профилактики без привлечения неправительственных и общественных организаций;
- Служба общественного здравоохранения была построена на основе функций мониторинга, инспекции и профилактики;
- Сферы деятельности общественного здравоохранения охватывали, в основном, надзор за инфекционными болезнями и борьбу с ними, включая программы иммунизации;
- Надзор за состоянием гигиены труда и, в меньшей степени, окружающей среды, контроль безопасности продуктов и общественного питания;
- Система медико-профилактических осмотров работающих, детей и подростков;
- Медико-санитарное просвещение и медико-санитарная информация.

В свою очередь, новое общественное здравоохранение опирается на принцип "заинтересованности общества в обеспечении условий, при которых население может быть здоровым", и характеризуется комплексным пониманием того, что образ и условия жизни формируют состояние здоровья и предполагают:

- свободу выбора и ответственность на разных уровнях общества;
- признание необходимости вовлечения государственных, общественных и частных организаций, как равноправных партнеров;
- индивидуальную ответственность каждого члена общества в формировании политики общественного здравоохранения.

Иными словами, общественное здравоохранение, не является эквивалентом системы медицинского обслуживания, а представляет микромодель взаимодействия, которое заботится о создании условий для сохранения и улучшения здоровья индивидуума и общества в целом.

Всемирная организация здравоохранения (2008 г.), анализируя состояние реформирования системы санитарно-эпидемиологического надзора и перехода к новому общественному здравоохранению, подчеркивает, что вышеперечисленные 11 основных функций общественного здравоохранения являются основополагающими и выдержали проверку временем.

По предложению Всемирного банка (2003 г.), для успешного развития общественного здравоохранения в этих странах необходимо:

- сохранять хорошо зарекомендовавшие себя навыки, такие как контроль инфекционных заболеваний и иммунизация;
- критично подходить к системе старых норм и вырабатывать новые нормы на основе доказательной базы;

- реформировать и децентрализовать учреждения/институты общественного здравоохранения;
- обучать современному общественному здравоохранению на широкой профессиональной основе специалистов смежных профессий;
- планировать, обосновывать и защищать бюджет общественного здравоохранения;
- адаптировать междисциплинарные и комплексные подходы на основе опыта других стран.

Выполнение этих условий невозможно без реформирования правовой базы, без изменения существующих законов и регламентаций, без создания школ общественного здравоохранения. В то же время, принятие самого лучшего закона, и самое лучшее теоретическое обучение, если не будет подкреплено действенными мерами и практикой, так и останется на бумаге.

В Кыргызстане принято следующее определение общественного здравоохранения, которое закреплено в Законе Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении»: "Общественное здравоохранение - система мероприятий, направленных на охрану общественного здоровья, профилактику заболеваний, продление жизни и укрепление здоровья человека посредством организационных усилий всех заинтересованных сторон, информирования населения, государственных и частных организаций, сообществ и физических лиц".

## **1.2 Историческое развитие служб общественного здравоохранения**

В начале XX века здравоохранение Кыргызстана было представлено крайне небольшим числом медицинских учреждений в городах. В составе СССР в республике развивалась система здравоохранения, основанная на так называемой модели Семашко. Николай Семашко – первый народный комиссар по здравоохранению, - провозгласил главные принципы советской медицины на Конгрессе медико-санитарных отделов в 1918 г.:

- государственное обеспечение здравоохранения;
- всеобщий доступ к бесплатным медицинским услугам;
- профилактическая направленность здравоохранения.

На основе этих принципов в Советском Союзе развивалась единая система здравоохранения, контроль над которой осуществлялся государством. Главной задачей в сфере здравоохранения была борьба с инфекционными заболеваниями и строительство сети медицинских учреждений.

К 1940 году система здравоохранения располагала всеми основными медицинскими отраслями: лечебно-профилактической, аптечной, санитарно-эпидемиологической службами и судебно-медицинской экспертизой. В стране были 1 туберкулезная больница, 11 кожно-венерологических диспансеров, и 9 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС). Медицинское образование предоставлялось Киргизским Государственным Медицинским Институтом (переименованным в Кыргызскую Государственную Медицинскую Академию в 1996 г.), основанным в 1939 г., и 5 медицинскими училищами. В 1950-60 гг. основной упор делался на улучшение материально-технической базы системы здравоохранения, укрупнение медицинских учреждений и строительство и введение в эксплуатацию новых учреждений.

Советская система здравоохранения добилась огромных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями. Так в Кыргызстане были искоренены такие особо опасные инфекции как холера (1926), чума (1928), естественная оспа (1936), возвратный

тиф (1955), эпидемическая пятнистая лихорадка (1955), а также кожный лейшманиоз (1955), лихорадка паппатачи (1956), трахома (1963), анкилостомоз (1964), полиомиелит (1970). Значительно выросла сеть медицинских учреждений. Однако, советская система здравоохранения имела и слабые стороны. Медицинские услуги не были эффективными, система здравоохранения не соответствовала потребностям населения, что отразилось на все более ухудшающихся показателях здоровья населения с конца 80-х годов. Кроме того, сектор здравоохранения недостаточно финансировался, а низкая заработная плата медицинских работников привела к слабой мотивации персонала и неформальным платежам.

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия в Кыргызской Республике, основными задачами службы были определены: профилактика инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний населения Кыргызской Республики, предупреждение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, гигиеническое воспитание и образование населения.

Система государственной санитарно-эпидемиологической службы включала в себя:

- Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;
- Научно-производственное объединение "Профилактическая медицина" (НПО "Профилактическая медицина"), Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций с отделениями, Республиканский центр иммунопрофилактики, Республиканский, областные центры борьбы со СПИД.
- Органы и учреждения государственного санитарно-эпидемиологического надзора областей, городов и районов, Министерства обороны, внутренних дел и других министерств и ведомств Кыргызской Республики.

В рамках реализации программы «Манас Таалими», с 2006 г. проводились значительные мероприятия по реформированию и модернизации служб общественного здравоохранения. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения № 209 от 19 мая 2006 г., была создана рабочая группа, которая разработала проект Концепции общественного здравоохранения. Первый проект был обсужден в мае Советом Минздрава по политике в здравоохранении. Второй проект с внесенными поправками был обсужден в июле 2006 г. в ходе национальной конференции, проведенной в Иссык-кульской области с участием миссии ВОЗ и проекта ЗдравПлюс, финансируемого ЮСАИД (ЮСАИД/Проект ЗдравПлюс). На основе результатов этой национальной конференции были разработаны рекомендации и план поэтапной реализации, а также был далее пересмотрен проект Концепции общественного здравоохранения.

В ходе работы Круглого стола, посвященного вопросам общественного здравоохранения, который состоялся 26 сентября 2006 г., было проведено обсуждение Концепции общественного здравоохранения. Обсуждение проводилось открыто и эффективно, и, в целом, с положительным отношением к Концепции общественного здравоохранения. Миссия ВОЗ работала с командой по общественному здравоохранению и представила подробные комментарии к Концепции. При достигнутом общем согласии, было решено внести изменения в Концепцию на основе этих комментариев.

При технической помощи со стороны ЕРБ ВОЗ, впервые состоялся Национальный семинар по разработке национальной Концепции развития служб общественного здравоохранения на 2007-2010 гг. и плана приоритетных мероприятий. В 2006 г. были приняты и утверждены следующие стратегии: Государственная программа по

профилактике ВИЧ/СПИД; Национальный план пандемии птичьего гриппа; Национальная программа «Иммунопрофилактика» - 2006-2010 гг. и другие.

Была проведена значительная работа по пересмотру законодательно-нормативной базы служб общественного здравоохранения страны. В связи с необходимостью гармонизации с Законом КР «Об основах технического регулирования» и в соответствии с требованиями ВТО, была проведена инвентаризация нормативно-правовых документов различного направления общественного здравоохранения. По заключению экспертов, около 90% документов требовали пересмотра. Значительным шагом явилась разработка и утверждение основополагающего нового Закона «Об общественном здравоохранении», который пришел на смену прежнему Закону «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». За период с 2006 по 2008 гг. были разработаны и представлены на утверждение в Жогорку Кенеш (Парламент страны) три технических регламента, основным разработчиком которых являлось Министерство здравоохранения.

В 2006 г. центры Госсанэпиднадзора были выведены из системы Единого плательщика и переведены на республиканский бюджет через Министерство здравоохранения, за исключением Бишкекского ГЦГСЭН, который продолжает финансироваться через БТУ ФОМС. Пакет документов по новому механизму финансирования был подписан Министром здравоохранения и направлен в Правительство Кыргызской Республики для утверждения. Кроме этого, приказом Министерства здравоохранения №620 от 16 ноября 2006 г. была утверждена «Концепция развития лабораторной службы Кыргызской Республики на 2007-2010 годы» и разработан План действий по реализации данной Концепции.

В 2006 г. доля финансирования учреждений ОЗ из республиканского бюджета составила 5,4% от суммы средств, выделенных на здравоохранение, против 4,5% в 2005 г. Увеличение произошло за счет средств SWAP по программе «Манас таалими». Общая сумма финансирования за год составила 138 млн. 384 тыс. сомов, в том числе, по службе укрепления здоровья процент от бюджета здравоохранения составил 0,14% (3 млн. 611 тыс. сомов). Для Бишкекского ГЦГСЭН из средств местного бюджета было выделено 7,57 млн. сомов, что составило 2,46% от бюджета здравоохранения города. Средняя заработная плата сотрудников, занятых в учреждениях санэпидслужбы, увеличилась на 30% и в 2006 году составила 2689 сомов.

Несмотря на некоторое улучшение, уровень финансирования служб общественного здравоохранения оставался недостаточным для достижения многих задач, стоящих перед службой. Вопрос улучшения финансирования продолжает находиться в центре многочисленных обсуждений на разных уровнях, в том числе с участием международных консультантов и экспертов, что подчёркивает несовершенство существующих механизмов.

В последующие годы, служба Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения тесно работала с Министерством финансов над разработкой и реализацией изменений в финансировании услуг общественного здравоохранения. Планируется создание устойчивого механизма финансирования для обеспечения республики вакцинными препаратами. Проведенный в 2007 году анализ уровня финансирования службы общественного здравоохранения в расчете на одного человека показал, что, в среднем, по стране уровень подушевого финансирования составляет 30 сомов на человека.

Стратегические направления Концепции развития служб общественного здравоохранения на 2007-2010 гг. предусматривают формирование устойчивой службы общественного

здравоохранения, ориентированной на потребности населения, основанной на интеграции программ защиты и укрепления здоровья, широком межсекторальном взаимодействии и активном участии общества в вопросах охраны и укрепления здоровья.

Охрана и укрепление общественного здоровья, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения зависят от социально-экономического развития страны и эффективного вмешательства органов государственной власти, местного самоуправления и субъектов предпринимательства в решении вопросов обеспечения безопасности продуктов питания, условий труда, водоснабжения и уровня оказываемых услуг.

За последние несколько лет реализации программы «Манас таалими» произошёл довольно значительный прогресс в реформировании службы общественного здравоохранения в стране. Реформирование «сверху вниз» включает в себя пересмотр законодательно-нормативной базы, принятие Концепции развития общественного здравоохранения, внедрение новых механизмов финансирования услуг общественного здравоохранения, продолжающуюся реструктуризацию служб общественного здравоохранения.

Пилотный проект СЭС, реализуемый в Тонском районе и отличающийся своей направленностью снизу вверх, а также ориентацией на процесс, уже предоставляет данные, на основании которых СЭС может координировать работу и сотрудничество на районном уровне со всеми заинтересованными сторонами в целях улучшения услуг здравоохранения. Этот положительный опыт был внедрен в Ат-Башинском и Жаильском районах. Так, на базе районного ЧППК и районного Многосекторального координационного комитета по ВИЧ/СПИД, 20 февраля 2009 года в Ат-Башинском районе был создан районный Координационный совет по общественному здравоохранению, в состав которого вошли 9 человек. По инициативе Министерства здравоохранения и при технической поддержке ЮСАИД/ЗдравПлюс в Ат-Башинском районе был проведен ряд семинаров по улучшению работы в области общественного здравоохранения с привлечением работников Ат-Башинской районной госадминистрации, работников народного образования, ветеринарной службы, ЦСМ, ТБ, ЦГСЭН, СКЗ и других служб. В результате, улучшилось взаимодействие между районным центром Госсанэпиднадзора и айыл окмоту, сельским комитетом здоровья, кабинетом укрепления здоровья ЦСМ, НПО и местным сообществом в области общественного здравоохранения. Также повысились оперативность и эффективность решения вопросов и координация деятельности. На примере бруцеллеза, впервые план по профилактике бруцеллеза был составлен с участием всех районных государственных служб и сообществ, задействованных в борьбе с бруцеллёзом. В процессе выполнения мероприятий проводится мониторинг деятельности, практикуются совместные выезды в села работников КУЗ ЦСМ, ЦГСЭН, ветеринарных и других служб. В каждом айыл окмоту создана и функционирует комиссия по ликвидации бруцеллезных животных. В состав комиссии входят работники айыл окмоту, участковые милиционеры, врачи, учителя, религиозные работники, работники молодежных и женских комитетов, СКЗ и совета аксакалов. Силами СКЗ проведено обучение по использованию средств индивидуальной защиты. Для оказания финансовой помощи представителям бедных слоев населения при ликвидации единичных бруцеллезных коров привлекаются предприниматели, коммерсанты, фермеры района.

Республиканский центр укрепления здоровья продолжает проводить кампании и обучение по продвижению здорового образа жизни, реализовывать школьные программы по

здоровью, а также содействует поддержанию связи с учреждениями здравоохранения и сельским комитетам здоровья, организованными на базе местных сообществ.

В отношении контроля за зоонозными заболеваниями, совместно с Департаментом ветеринарии Министерства сельского и водного хозяйства и перерабатывающей промышленности, был разработан проект «Комплексного плана по профилактике и контролю за зоонозными заболеваниями в Кыргызской Республике на 2009-2013 гг.».

### **1.3 Методология оценки**

Оценка служб и системы общественного здравоохранения в Кыргызстане проводилась с помощью ЕРБ ВОЗ, Офиса ВОЗ в Кыргызстане и национальных экспертов из различных организаций и учреждений, работающих в области общественного здравоохранения в Кыргызстане. В соответствии с Указанием Министерства здравоохранения «О проведении оценки службы общественного здравоохранения Кыргызской республики» № 207 от 25.05.2010, была создана Рабочая группа. Работу координировал эксперт ВОЗ д-р К.М. Монолбаев, Магистр общественного здравоохранения.

В работе была использована «Анкета для самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Европе», разработанная ЕРБ ВОЗ, и ее электронная версия. Соответствующие разделы Анкеты были распределены среди членов Рабочей группы, которые отвечали на ее вопросы. Эксперт ВОЗ тоже принимал участие в обсуждении вопросов, в оформлении доклада, в разработке SWOT анализа и принятии всех рекомендаций на основе консенсуса. Оценка по каждому разделу Анкеты обсуждалась на рабочих совещаниях членами Рабочей группы для представления результатов оценок и достижения консенсуса между всеми её членами.

На встречах Рабочей группы были определены: организация работы, план работы, согласованы основные выводы и рекомендации, а также обсужден и утвержден окончательный текст национального доклада. Основные шаги данной оценки были следующими:

- Февраль 2010 г. Подготовительная работа по определению задач и обзор различных национальных документов и отчетов.
- 22-27 марта 2010 г.: Организована первая миссия ВОЗ, поставлена задача по организации данной оценки служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике.
- 25 мая 2010 г. Минздрав утвердил состав Рабочей группы для проведения оценки служб общественного здравоохранения.
- 3 июня 2010 г. Первый Круглый стол для членов Рабочей группы. Разъяснение задачи по осуществлению самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения Кыргызской Республики. Обсуждение и распределение ответственных по разделам Анкеты для самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Европе.
- 24 июня 2010 г. Второй Круглый стол для членов Рабочей группы. Представление данных по разделам и обсуждение информации и данных, представленных экспертами.
- 30 июля 2010 г. Составление отчета. Проект национального отчета был подготовлен д-ром К. Монолбаевым и представлен для обсуждения экспертам-членам Рабочей группы и Министерству здравоохранения. После обсуждения и одобрения, вариант национального отчета направлен в ЕРБ ВОЗ для комментариев. После получения комментариев из ЕРБ ВОЗ, последние были обсуждены, и в проект отчета были внесены изменения и дополнения.

- Сентябрь 2010 г. Круглый стол. Задачи данной встречи включали обсуждение и достижение консенсуса по основному содержанию, выводам и рекомендациям, касающимся дальнейшего реформирования служб общественного здравоохранения.

## 2. ОПИСАНИЕ СТРАНЫ

Кыргызстан – горная страна, расположенная в Центральной Азии. Страна имеет общую границу с Казахстаном на севере, Узбекистаном на западе, Таджикистаном на юге и Китаем на востоке. Территория государства составляет 199900 км<sup>2</sup>. Столица государства – город Бишкек. Почти 90% территории лежит выше 1,500 м над уровнем моря. Средняя высота составляет 2750 м, высочайшая точка 7439 м (пик Победы), низжайшая – 394 м (на юго-западе страны). Средняя плотность населения составляет 25 чел/км<sup>2</sup>. Климат резко континентальный. Среднегодовая температура 10–13°C в низкогорье и –8°C – в высокогорье. Кыргызстан не имеет выхода к морю. Более трёх четвертей территории занимают горы. Пик Победы – наивысшая точка страны, самый северный семитысячник на Земле. Со стороны Китая Пик Победы называется гора Томур. Территория страны расположена в пределах двух горных систем. Северо-восточная её часть лежит в пределах Тянь-Шаня, юго-западная – Памиро-Алая. Государственные границы Кыргызстана проходят, главным образом, по гребням горных хребтов. Лишь на севере и юго-западе, в густонаселённых Чуйской и Ферганской долинах, — по подножиям гор и предгорным равнинам. На юго-западе в пределы Кыргызстана входят северная, восточная и южная окраины Ферганской котловины с предгорьями. На юге к Кыргызстану относятся северный склон Туркестанского хребта, Алайский хребет, Алайская долина и северный склон Заалайского хребта (пик Независимости (ранее пик Ленина), 7134 м), составляющего северную окраину Памира.

Кыргызская Республика делится на 7 административных областей — Чуйскую, Таласскую, Иссык-Кульскую, Нарынскую, Джалал-Абадскую, Ошскую и Баткенскую.

Страна обрела независимость 31 августа 1991 г. после распада Советского Союза. Новая Конституция была принята 5 мая 1993 года, в которую позднее несколько раз вносились поправки. Конституция определяет Кыргызстан как суверенную, унитарную, демократическую республику, основанную на принципах правового светского государства. Согласно Конституции 1993 г., страна была демократической республикой, в последующие годы было установлено президентское а затем и супер-президентское правление. В 2005 г. народные волнения, вызванные обвинениями в адрес правительства в фальсификации парламентских выборов, привели к отставке бывшего президента. Следующий президент, установивший семейно-клановое авторитарное правление, был низвергнут в результате народных демонстраций в апреле 2010 г.

После обретения независимости в 1991 г., Кыргызстан столкнулся с тяжелым спадом производства и уровня жизни населения, и был взят курс на либерализацию и переход к рыночной экономике. В 1998 г. страна стала первым из новых независимых государств (ННГ) членом Всемирной торговой организации (ВТО). Несмотря на то, что в первые годы независимости наблюдался резкий спад валового внутреннего продукта (ВВП), он постепенно повышался и в 2005 г. достиг уровня \$ 1,927 (PPP - Purchasing Power Parity (паритет покупательной способности)) на душу населения.



© United Nations Cartographic Section

В 2009 году совокупный номинальный ВВП достиг отметки около \$4,68 млрд., то есть около \$1.000 на душу населения. ВВП, пересчитанный по паритету покупательской способности (ППС), составляет \$11,66 млрд. (по данным книги фактов ЦРУ). 48 % работающих занято сельским хозяйством и животноводством. Страна экспортирует, в основном, хлопок, шерсть, мясо, табак, золото, ртуть, уран, газ, обувь. В 2008 г. объем экспорта составил 1,8 млрд. долларов США. Объем импорта в том же году (2008), в основном, нефти, природного газа, машин и оборудования, химикатов и продовольствия, составил 3,8 млрд. долларов США.

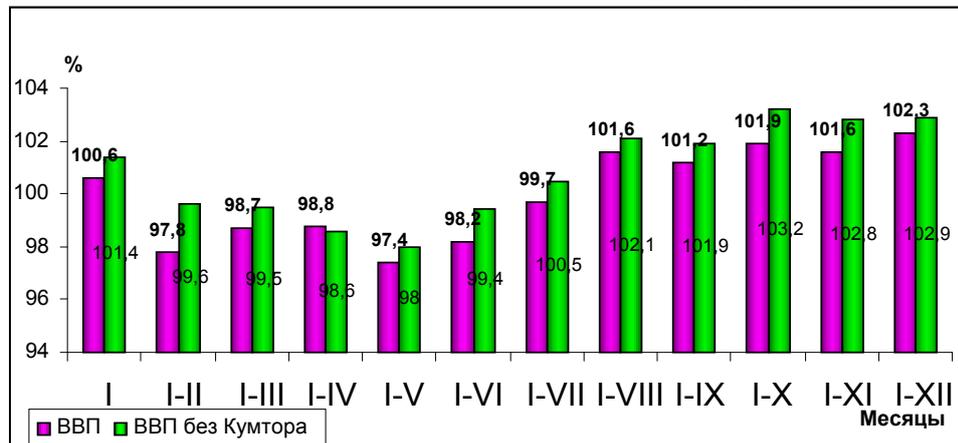
## 2.1 Социально-экономическая ситуация

Кыргызская Республика – аграрно-индустриальная страна. В сельском хозяйстве создается около 42% ВВП и занято более половины трудоспособного населения республики (животноводство, производство табака, овощеводство, садоводство, технические культуры, пчеловодство). Основные отрасли промышленности – гидроэнергетика, цветная металлургия, добыча золота, ртути, сурьмы, редких металлов, машиностроение, горнорудная, легкая и пищевая промышленность.

Согласно отчету Правительства, главным результатом 2009 года стало преодоление угрозы спада экономического роста и сохранение положительных темпов экономического роста на уровне 2,3% (что ниже уровня 2008 года на 6,1 процентных пункта) в условиях негативного воздействия мирового финансового кризиса на экономику страны. Номинальный объем ВВП сложился на уровне 196,4 млрд. сомов. Реальный рост экономики, без учета предприятий по разработке золоторудного месторождения «Кумтор», составил 2,9% (6,5% в 2007 году), что стало результатом роста производства в сельском хозяйстве (на 7,4%), в сфере услуг (на 2,6%), и в строительстве (на 6,3%).

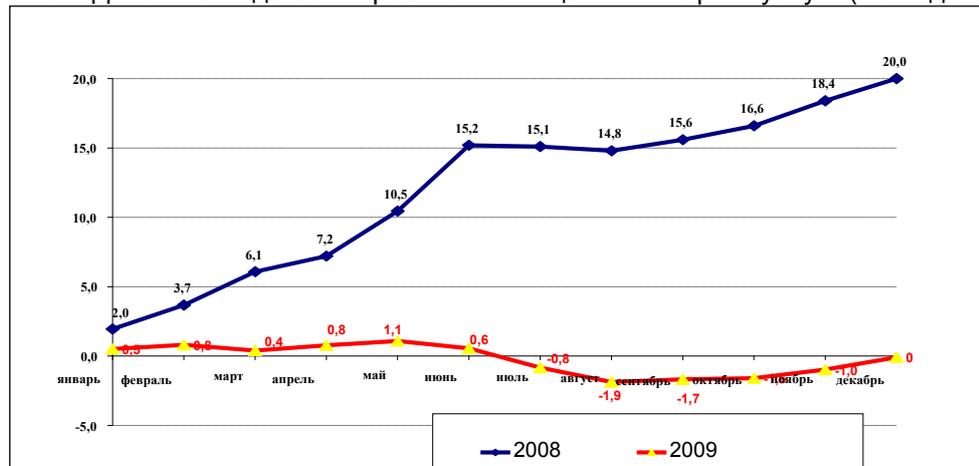
Экономическая ситуация в течение года складывалась неоднозначно. Особенно тревожной она была в первом полугодии, когда заметно снизился уровень ВВП (с февраля по июнь падение составило 1-3%). Однако, уже с июля обозначилась устойчивая тенденция постепенного оздоровления экономики страны после кризиса с реальным ростом ВВП на уровне 1,2%-2,3%. (Рис. 1). В расчете на душу населения, объем ВВП составил 38,3 тыс. сомов (888 долларов США), и, по сравнению с предыдущим годом, возрос на 1,3%.

Рис. 1 Темпы роста ВВП за 2009г. (в % к соответствующему периоду предыдущего года)



В результате проведения согласованной денежно-кредитной и бюджетной политики, уровень инфляции по итогам 2009 г. сложился на нулевой отметке. Индекс потребительских цен к 2008 г. составил 6,8 % (24,5% - в 2008 г.). Цены на потребительские товары и услуги, по сравнению с декабрем 2008 г., остались без изменений. Основным фактором, повлиявшим на инфляционные процессы в отчетном периоде, стало снижение цен на товары первой необходимости, такие как, мука, хлеб, масла и жиры, молочные продукты, овощи и фрукты, а также предпринимаемые Правительством и Национальным банком Кыргызской Республики антиинфляционные меры (Рис.2)

Рис. 2 Динамика индекса потребительских цен на товары и услуги (в % к декабрю 2009 г.)



Внешнеторговый оборот за январь-ноябрь 2009 г. составил 3856,5 млн. долларов и снизился по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. на 25,4%, в том числе, экспорт –

1169,8 млн. долларов (снижение на 21,9%) и импорт – 2686,7 млн. долларов (снижение на 26,8%).

По предварительным данным Правительства, в 2009 г. сальдо платежного баланса сформировалось положительным - в размере 251,7 млн. долларов США.

В 2009 г. уровень освоения инвестиций в основной капитал за счет всех источников финансирования вырос на 19,7%, по сравнению с соответствующим периодом прошлого года (в 2008 г. подъем составил 5,7%). За отчетный период фактически освоено 38,7 млрд. сомов инвестиций в основной капитал.

По итогам 2009 года, производство промышленной продукции в реальном выражении снизилось на 6,4% (в 2008 г. рост составил 14,9%). В промышленности, без учета Кумтора, спад произошел на 6,5% (в 2008 г. спад составил 2,1%). Снижение реальных темпов роста наблюдалось также в обрабатывающей промышленности (на 7,8%), в энергетическом секторе (на 1,3%), исключение составила горнодобывающая промышленность, рост которой составил 4,7%. В 2009 г. объем продукции сельского, охотничьего и лесного хозяйства составил 110100,2 млн. сомов, реальный рост достиг 7,4% (0,8% в 2008 г.).

В растениеводстве реальный темп роста составил 11,4% за счет роста производства зерна (26,6%), картофеля (4,4%), овощей (2,2%), плодов и ягод (9,4%). В животноводстве рост составил 2,4%, за счет мяса – 2,0%, молока – 3,2%. В сфере услуг в 2009 г. отмечалось замедление реального роста до 2,6% (в 2008 г. рост составил 11,1%). Рост услуг торговли, ремонта автомобилей, бытовых изделий и предметов личного пользования, занимающих в общем объеме услуг около 39%, составил 0,6%, при этом рост розничной торговли (кроме торговли автомобилями и моторным топливом) составил 0,9%.

Рост услуг гостиниц и ресторанов в 2009 г. замедлился до 4,2% (в 2008 г. рост составил 13,1%). Услуги почтовой и электрической связи в 2009 г. увеличились в 1,1 раза по сравнению с 2008 г., тарифные доходы составили 15820,9 млн. сомов. В структуре доходов по видам услуг связи, услуги сотовой связи занимают около 70,0%. Продолжается положительная тенденция роста услуг транспорта. Так, в 2009 году перевозки пассажиров возросли на 7,8 процентов. По сравнению с 2008 годом, объем грузов, перевезенных всеми видами транспорта, увеличился на 4,5 процентов.

На конец 2009 года, кредиты в экономику Кыргызской Республики составили 25,2 млрд. сомов, сократившись, по сравнению с 2008 г., на 1,5 процента. Основными причинами сокращения кредитного портфеля стали замедление экономической активности в стране, увеличившиеся риски в связи с неопределенностью в отношении финансового состояния заемщиков банков, что создавало предпосылки для осторожного кредитования коммерческими банками, а также увеличение процентных ставок по кредитам. Финансовый кризис, в первую очередь, затруднил привлечение новых кредитов в банковскую систему. В наиболее тяжелую ситуацию попали предприятия. Выдача кредитов субъектам экономики сократилась в 1,3 раза. Доля убыточных предприятий экономики Кыргызстана составила за этот же период 44%, свидетельствуя тем самым об отсутствии оборотных средств для расширения производства.

Учетный курс доллара США по отношению к кыргызскому сому с начала 2009 г. повысился на 11,86% - с 39,4 сома за 1 доллар США в начале января, до 44,1 сома за 1 доллар США на конец декабря 2009 г.

Реальный рост среднемесячной заработной платы за январь-ноябрь 2009 г. составил 7,8%, в номинальном выражении среднемесячная заработная плата сложилась на уровне 6049 сомов. Внешнеторговый оборот за январь-ноябрь 2009 г. составил 3856,5 млн. долл. США и снизился по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. на 25,4%, в том числе, экспорт составил 1169,8 млн. долл. США (снижение на 21,9%) и импорт – 2686,7 млн. долл. США (снижение на 26,8%). В связи с опережающим ростом объемов импорта над экспортом, отрицательное сальдо торгового баланса составило 1516,9 млн. долл. США, снизившись, по сравнению с аналогичным периодом, на 30,1%.

Численность официально зарегистрированных безработных на конец декабря 2009 г. составила 61,4 тысяч человек и сократилась, по сравнению с 2008 г., на 8,6% (в 2008 году снижение составило 5,7%).

**Уровень бедности.** Уровень бедности в 2008 г. составил 31,7%. Показатели ниже этого уровня наблюдались в Баткенской области (20,7%), Чуйской области (15,8%), городах Бишкек (15,2%) и Ош (24,6%). Напротив, в Иссык-кульской (52,2%), Таласской (43%), Нарынской (42,7), Джалал-абадской (40,1%) и Ошской (37,5%) областях показатели уровня бедности были выше среднереспубликанского значения.

По итогам 2008 г. осуществлен пересчет черты бедности, обусловленный высоким уровнем среднегодового индекса потребительских цен (ИПЦ). Стоимостная величина общей черты бедности в 2008 г. составила 1526,9 сома в месяц на душу населения, крайней – 975,8 сома. Среднегодовой ИПЦ в 2008 г. составил 124,5% (период к периоду), и имел наибольшее значение за период 2000-2008 гг. Рост ИПЦ в 2008 г. обусловлен ростом индекса потребительских цен на продовольственные товары, который сложился на уровне 32,3 %.

В 2008 году за чертой бедности проживало 31,7 процента населения Кыргызской Республики. Распространенность бедности по регионам страны неравномерна. Снижение уровня бедности в 2008 г. произошло не во всех регионах республики. Наиболее позитивные сдвиги в улучшении благосостояния населения наблюдались в Баткенской области, где уровень бедности снизился на 19,7 процентных пункта, Джалал-абадской – на 13,0, Ошской – на 9,1 и Нарынской области – на 2,5 процентных пункта. Наряду с этим отмечен рост уровня бедности в Иссык-кульской области на 13,7 процентных пункта, г. Бишкек – на 10,2, Таласской области – на 7,7 и Чуйской области – на 0,8 процентных пункта.

Показатель соотношения среднемесячной заработной платы (СЗП) к прожиточному минимуму характеризует качество жизни. Так, самый высокий уровень СЗП отмечается в городе Бишкек, где он составляет 9111 сомов (2009 г.).

Соотношение среднемесячной заработной платы к прожиточному минимуму ниже республиканского уровня (1,7) наблюдается в Ошской - 0,9, Иссык-Кульской - 1,2 и Баткенской - 1,4 областях. В остальных регионах показатель находится в пределах от 1,5 до 1,6, кроме города Бишкек, где соотношение сложилось на уровне 2,4.

Среднемесячная заработная плата по республике на одного работника в 2009 г. (без учета малых предприятий) составила 6253 сома, и, по сравнению с 2008 г., увеличилась на 15,3%.

Исходя из официального курса валют, установленного Национальным банком Кыргызской Республики, среднемесячная заработная плата в 2009 г. составила 145,8 долларов США.

Среднегодовая величина прожиточного минимума в 2009 г. составила 3263,22 сома, и, по сравнению с 2008 г., возросла на 1,9%.

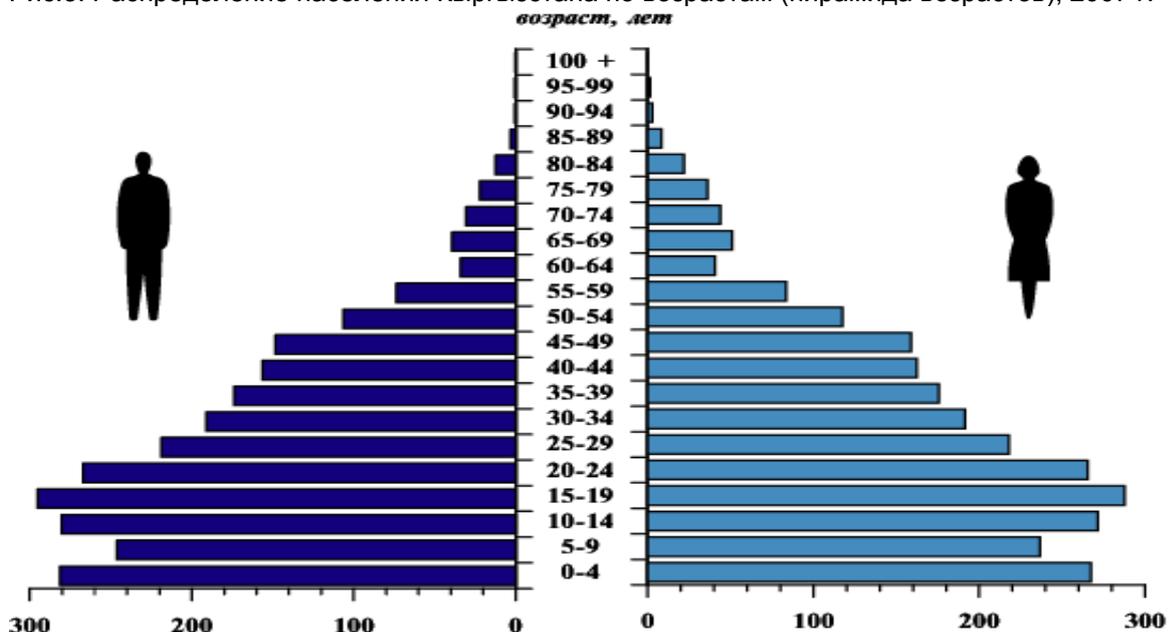
Основными миграционными партнерами, – государствами назначения трудовых мигрантов, - продолжают традиционно оставаться Российская Федерация, Республика Казахстан и Республика Корея, сотрудничество с которыми базируется на международно-договорной основе. По итогам 9 месяцев 2009 г., разрешение на работу в Российской Федерации получили 140 тыс. граждан Кыргызской Республики. Денежные перечисления трудовых мигрантов составляют 14% ВВП Кыргызстана. За 2009 г. через системы денежных переводов из стран СНГ в Кыргызстан физическими лицами перечислено 894,4 млн. долларов США и 72,3 млн. долларов США – из стран дальнего зарубежья.

В 2009 г. отмечалось сокращение переводов трудовых мигрантов, что, прежде всего, связано с ухудшением экономической ситуации в России и Казахстане, где сосредоточена основная масса трудовых мигрантов из Кыргызстана. По данным Министерства труда, занятости и миграции, в России сейчас трудятся около 270 тыс. граждан Кыргызстана, а в Казахстане – 30-40 тысяч. Неофициальные данные разнятся, но они выше официальных в три-четыре раза.

## 2.2 Демография

На начало 2009 г. население страны составляло 5,304 тыс. человек, из них постоянное население насчитывало 5 млн. 276 тыс., большинство из которого (65%) проживало в сельской местности. Плотность населения на начало 2009 г., в среднем, составляла 26 человек на квадратный километр. Этот показатель варьирует от 78 человек в Чуйской области вместе с городом Бишкек, до 6-10 человек на квадратный километр в Нарынской и Иссык-кульской областях. За последние годы наиболее стабильное развитие демографических процессов отмечалось в 2003-2005 гг., что характеризовалось возрастающими темпами прироста населения, когда снизился миграционный отток населения, и ежегодный темп прироста численности населения составлял 0,9-1,1%. В 2008 году численность населения страны увеличилось на 51,8 тыс. человек, или на 1%. Возрастное распределение населения Кыргызстана относится к 4 типу возрастной пирамиды, и характеризуется сокращением рождаемости и низким уровнем смертности.

Рис.3. Распределение населения Кыргызстана по возрастам (пирамида возрастов), 2007 г.



Население в республике представлено, в основном, такими национальными группами, как кыргызы (69,2 процента), узбеки (14,5 процента), русские (8,7 процента) и другие национальности (7,6 процента). Численность населения Кыргызской Республики за 1989-2007 гг. увеличилась в 1,23 раза, на фоне начавшегося в 1990-е годы и продолжающегося сейчас выезда некоренного, а затем и коренного населения за пределы страны, обусловленного, в большей степени, экономическими причинами, и создающего усиление отрицательного миграционного баланса.

Замедляющийся прирост населения и стабильный исходящий миграционный поток (113,4 тыс. человек за период с 2002 по 2006 гг.) при слаборазвитой экономике и низких уровнях дохода являются теми факторами, которые могут представлять потенциальную угрозу как экономическому положению, так и безопасности республики. В долгосрочном периоде по прогнозам ООН, к 2010-2015 годам среднегодовые темпы прироста населения Кыргызстана могут сократиться до 1,0 процента в год, а к 2020-2025 годам – примерно до 0,6 процента в год. (Кыргызстан в цифрах. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2008 г.)

Сложившаяся тенденция снижения текущего прироста и дальнейшего сокращения среднегодовых темпов прироста населения требует принятия мер политики, регулирующей численность населения.

Важное значение имеет географическое распределение показателя рождаемости. Поскольку в территориальном разрезе более половины рожденных приходится на юг страны, то, вероятно, этому региону может понадобиться дополнительное содействие со стороны исполнительной власти по расширению доступа к социальным услугам и поддержанию детства и материнства, оказанию специфических услуг, созданию детской и дошкольной инфраструктуры, а далее школьной и профессиональной.

Также вызывает озабоченность сокращающаяся продолжительность жизни населения в целом. В то время как продолжительность жизни женщин остается на стабильном уровне, продолжительность жизни мужского населения сокращается с каждым годом.

Миграция населения, как внутренняя, так и внешняя, сказывается на демографическом развитии населения страны. Значительные изменения в структуре населения были обусловлены и миграционными перемещениями.

С начала 1990-х годов в республике сложился отрицательный миграционный баланс, который продолжился и в начале 2000-х годов. Отрицательный баланс покрывался, в основном, за счет естественного прироста населения.

Кроме того, в структуре мигрирующих, люди с высшим, неоконченным высшим и средним специальным образованием составляют 48,8 процента от общего числа, а с учетом среднего общего образования – 91,7 процента. Выезд данной категории населения весьма ощутим для экономики республики, и означает потерю научного, интеллектуального, технического и трудового потенциала. Почти 80 процентов мигрантов составляет активное трудоспособное население, среди которых преобладают мужчины (более 50 процентов).

В 2006 году, в структуре выезжающих лица моложе трудоспособного возраста составили около 10,5 процентов. Основной причиной внешней миграции в Казахстан, Россию и другие страны является низкий уровень жизни населения. К примеру, средний уровень заработной платы за 2008 год в Кыргызстане составлял 5422 сом (НСК КР) или же 137,5 долларов США. Для России и Казахстана данный показатель равнялся 17226,3 рублей

(Росстат) или 564,4 доллара США, и 60734 тенге (Стат. агентство КР) или 502,0 доллара США, соответственно.

Согласно данным НСК КР, доля кыргызов во внешней миграции составляла в 2001 г. 6,7%, а в 2005 и 2006 гг. – 20,5 и 31,0%, соответственно.

В структуре мигрирующих в Россию кыргызов преобладают жители южных регионов, что объясняется крайне низким уровнем жизни и бедностью населения в южных областях.

В 2008 году демографические процессы в стране характеризовались увеличением уровня рождаемости, колебанием уровня общей смертности и снижением уровня международной миграции.

Коэффициент рождаемости имел тенденцию к снижению до 2001 г., затем наметился его устойчивый рост. Рождаемость увеличивается как в городской, так и в сельской местности. В 2008 г. наиболее высокая рождаемость отмечалась в Таласской области (26,8 новорожденных на 1000 населения), а также в Баткенской, Ошской и Джалал-абадской областях (25-26 новорожденных на 1000 населения). Общий коэффициент смертности составил 7,1 умерших на 1000 населения. Естественный прирост увеличился до 17 человек на 1000 жителей.

Динамика роста рождаемости обусловлена повышением доли рождения первых по счету детей. Так, если в 2000 г. удельный вес первенцев составил 34,6%, то в 2006-2008 гг. – около 39%. При этом появление в семьях вторых-четвертых детей осталось почти неизменным, а пятых и последующих продолжает сокращаться (2000 г. – 9,2%; 2006 г. – 6,0%; 2008 г. – 6,3%).

Важным компонентом естественного прироста населения является смертность. С 1996 г. в стране отмечается некоторое снижение смертности населения. В 2008 г. общий коэффициент смертности составил 7,1 умерших на 1000 населения. Наиболее высокий уровень смертности регистрируется в Чуйской и Иссык-кульской областях.

### **2.3 Состояние здоровья населения**

В стране осуществляется реализация Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы, в рамках которой граждане обеспечиваются базовыми гарантированными услугами здравоохранения.

Ожидаемая продолжительность жизни у мужчин составила 65,2 года (2009 г.) и у женщин 73,2 (2009 г.). Значительно более низкая продолжительность жизни мужчин, очевидно, связана с более высоким уровнем их смертности. Отмечается различие в показателе ожидаемой продолжительности жизни и в разрезе областей. Так, наиболее высокий уровень наблюдается в южных областях, где отмечается высокий уровень рождаемости и низкий уровень смертности.

В структуре смертности населения болезни системы кровообращения находятся на первом месте, на их долю приходится 49,3% (2009 г.). Подавляющее число умерших по этой причине – лица старше трудоспособного возраста. Однако с 2007 г., отмечается тенденция к снижению роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Так, если в 2007 г. смертность от ССЗ составляла 351,9 случаев на 100 тыс. населения, то в 2009 г. этот показатель составил 348,9 случаев на 100 тыс. населения. При этом, отмечается тенденция к снижению смертности населения от ССЗ в молодом и трудоспособном возрасте (2007 г.- 60,2 случаев на 100 тыс. населения, а в 2009 г. - 53,9

случаев на 100 тыс. населения). А в возрасте 40-59 лет, соответственно, снижение смертности произошло с 350,6 случаев на 100 тыс. населения в 2007 г. до 325,3 случаев на 100 тыс. населения в 2009 г.

Второе место (9,7%) в структуре причин смерти занимают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (2009 г.). В этом классе объединены неестественные и насильственные причины смертности, в том числе убийства и самоубийства. Три четверти из числа погибших от несчастных случаев – лица трудоспособного возраста. При этом смертность среди мужчин почти в 5 раз превышает смертность среди женщин.

Третье место в структуре причин смертности занимают новообразования (9,1% от общего числа умерших в 2009 г.). Четвертое место занимают заболевания органов дыхания (8,4% от общего числа умерших в 2009 г.). Заболевания органов дыхания являются также одной из основных причин младенческой смертности (14,3% из числа умерших детей в возрасте до одного года в 2009 г.). В структуре новообразований преобладают такие причины, как злокачественные новообразования органов пищеварения (43% из числа умерших от новообразований), органов дыхания и грудной клетки (14%) и половых органов (14%). Среди женщин очень высокая смертность от рака шейки матки.

Важнейшей характеристикой здоровья населения является младенческая смертность. В 2009 году младенческая смертность в стране составила 25,0 случаев на 1000 живорожденных. Следует отметить, что национальные критерии живорождения отличались от критериев, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Как следствие, показатели страны по младенческой смертности были ниже, чем реальные показатели. В 2004 г., в результате совместной работы с ВОЗ, Кыргызская Республика перешла на международные критерии живорождения, и, соответственно, младенческой смертности. В органах ЗАГС началась регистрация смерти новорожденных с низкой массой тела (от 500 до 1000 грамм).

В период с 2003 по 2007 год показатель младенческой смертности вырос, соответственно, с 20,9 промилле до 30,6 промилле. Показатель младенческой смертности имеет в республике тенденцию к снижению, составляя по итогам 2009 г. 25,0 против 27,1 в 2008 г. на 1 тыс. родившихся живыми, что обусловлено снижением ранней неонатальной смертности и постнеонатальной смертности. Этот показатель варьировал от 19,8 в Джалал-абадской до 34,2 в Таласской областях. В структуре причин младенческой смертности основное место занимают заболевания и состояния, возникающие в послеродовой период (64,9% в 2009 г.), болезни органов дыхания (14,3% в 2009 г.), врожденные аномалии (10,7% в 2009 г.), инфекционные и паразитарные болезни (4,9% в 2009 г.) из которых две трети – кишечные инфекции. Коэффициент детской смертности в 2009 г. составил 29,3 на 1000 живорожденных. Снижение показателя отмечается во всех регионах, кроме Таласской области.

В 2009 г. отмечалось повышение показателя материнской смертности (+16,4%), уровень которой составил 75,3 на 100000 живорожденных (2009 г.). Рост материнской смертности, по сравнению с показателями 2008 года, отмечался в Нарынской области (+74,0), Ошской области (+63,0), Чуйской области (+48,9), Таласской области (+10,2), в городе Бишкек (+8,6). Самый высокий рост зарегистрирован в городе Ош (+129,4). При этом структура причин материнской смертности за последние годы несколько изменилась. Так, первое место среди причин материнской смертности занимают кровотечения – 35,5% (2009 г.), второе место - гипертензионные расстройства – 26,3% (2009 г.), и третье место занимают септические осложнения – 18,4% (2009 г.). В 2009 г. в республике умерло 97 беременных,

рожиц и родильниц (в 2008 г. - 75). Недостаточное качество оказываемых медицинских услуг, слабая оснащенность организаций здравоохранения, ухудшенный доступ к ним, рост внутренней миграции, приводящий к остающимся вне наблюдения медицинскими работниками беременным женщинам и поздним обращениям, оказывают влияние на уровень материнской смертности.

Последние годы показатель общей заболеваемости имеет тенденцию к росту (+2,9% у взрослых, 2,4% у детей). В структуре причин заболеваемости взрослых и подростков в 2009 г. ведущее место занимали болезни органов дыхания (26,2%), заболевания мочеполовой системы (12,2%), органов пищеварения (8,8%), крови и кроветворных органов (5,3%), болезни кожи и клетчатки (5,1%), и инфекционные и паразитарные заболевания (4,7%). На долю травм, несчастных случаев и отравлений ежегодно приходится около 8%.

В 2009 году основные причины в структуре заболеваемости детей включали: болезни органов дыхания (47,9%), инфекционные и паразитарные заболевания (9,9%), болезни органов пищеварения (8,6%), крови и кроветворных органов (7,0%), кожи и подкожной клетчатки (4,5%).

Показатель первичной инвалидности среди взрослых составил 23,4 на 10000 соответствующего населения (-1,1% по сравнению с 2008 г.), а среди детей - 12,4 на 10000 соответствующего населения (-0,5% по сравнению с 2008 г.).

В 2009 г. отмечалось снижение заболеваемости туберкулезом, которая составила 100,9 на 100000 населения (-7,3% по сравнению с 2007 г.). За последние годы смертность от туберкулеза имеет явную тенденцию к снижению. Так, смертность от туберкулеза в 2005 г. составила 11,0, в 2007 г. - 9,6, в 2008 г. - 9,2 и в 2009 г. - 8,7 на 100000 населения.

Отмечается некоторый рост заболеваемости острыми кишечными инфекциями (2007 г. - 479,0; 2008 г. - 524,6; 2009 - 432,8 на 100000 населения) и вирусными гепатитами (2007 г. - 249,0; 2008 - 251,1; 2009 - 263,4 на 100000 населения), что, вероятно, связано с проблемой обеспечения качества питьевой воды.

В 2009 г. сохранялся высокий уровень заболеваемости бруцеллезом - 67,4 на 100 000 населения с незначительным снижением по сравнению с предыдущим годом (2008 г. - 72,7 на 100 000 населения). В четырех областях страны - Джалал-абадской, Таласской, Иссык-кульской и Нарынской, заболеваемость бруцеллезом почти в два раза превышает средний показатель по стране. Высокий уровень заболеваемости связан, в основном, с проблемами ветеринарной службы, недостаточными навыками животноводов по предупреждению данного заболевания и широким развитием животноводства.

Благодаря внедрению комплекса противозидемических целенаправленных мероприятий (социальная мобилизация населения на борьбу с малярией, внутридомовая обработка, закупка медицинских препаратов, обучение специалистов, разъяснительная работа среди населения и т.д.), удалось достигнуть значительных успехов в борьбе с малярией. Если в 2007 г. было зарегистрировано 96 случаев заболевания, то в 2008 г. - 19, а в 2009 г. - 4 случая малярии.

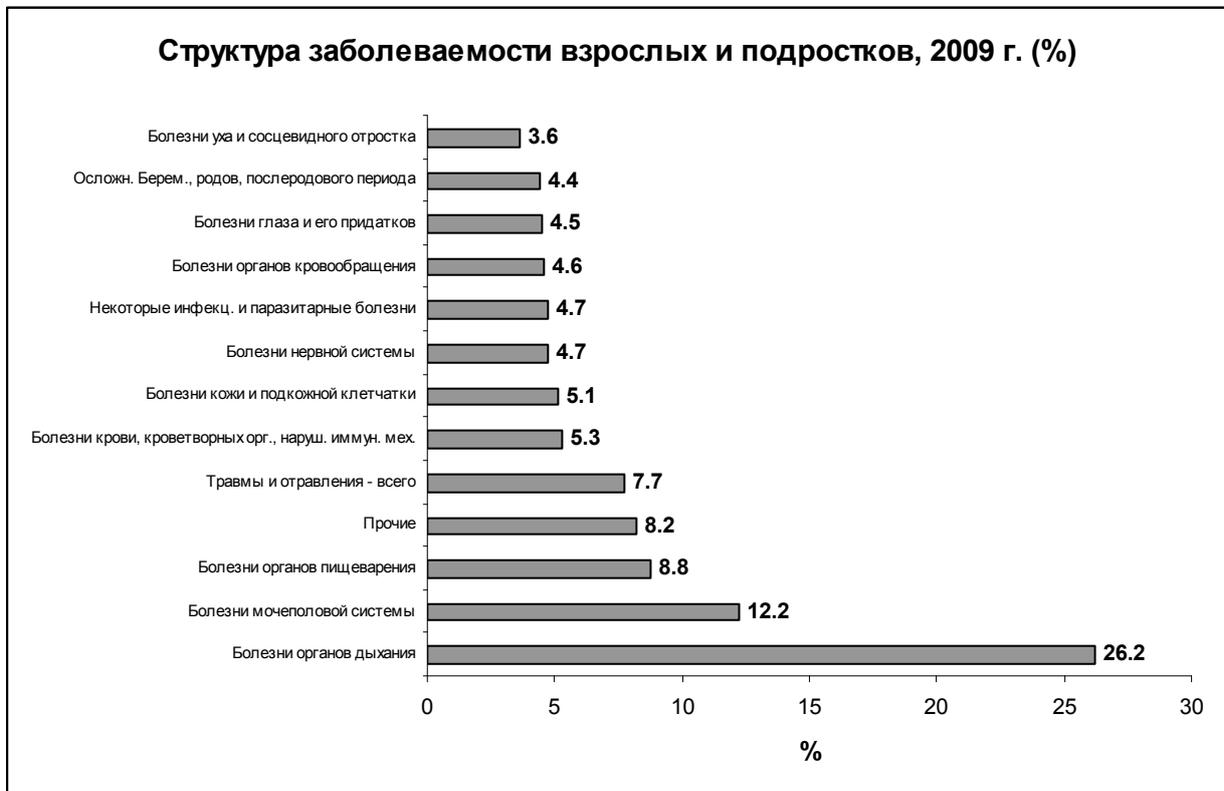
В 2009 г. отмечался рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований по сравнению с 2007 г. (с 81,5 до 88,2 на 100000 населения). Кроме этого, продолжающийся рост показателей запущенности онкологических заболеваний и

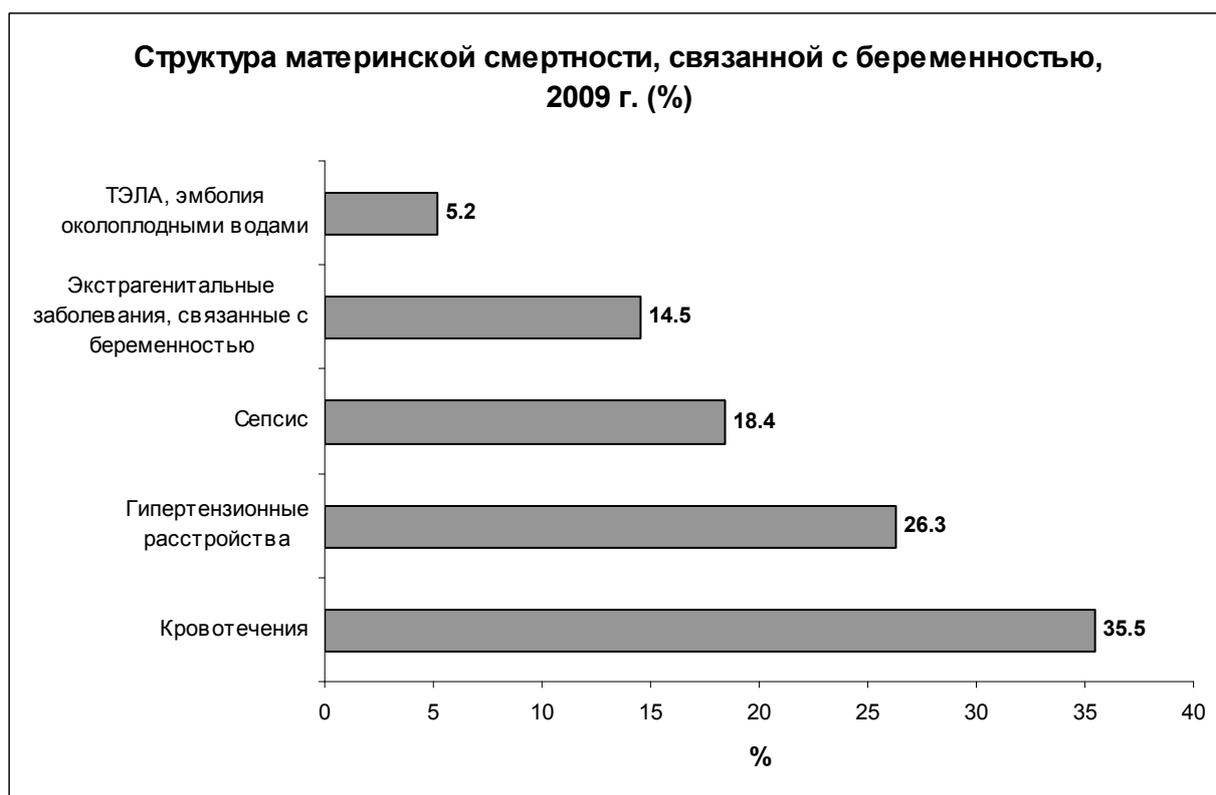
одногодичной летальности свидетельствуют о низкой выявляемости онкологических заболеваний на ранних стадиях.

Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, снижается, однако, на уровне страны она остается высокой. Так, заболеваемость сифилисом в 2009 г. составила 22,3 случая на 100 000 населения (2007 г. - 25,6 на 100000 населения), а заболеваемость гонореей в 2009 г. составила 15,8 случаев на 100000 населения (2007 г. - 22,5 на 100000 населения).

При наличии незначительного снижения заболеваемости алкогольной зависимостью, также отмечается незначительный рост заболеваемости наркотической зависимостью (+1,0% по сравнению с 2007 г.).

Структуры заболеваемости взрослых и детей, а также структуры материнской, младенческой и перинатальной смертности представлены на графиках ниже.







### 3. ИНСТИТУЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА И ФИНАНСИРОВАНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

#### 3.1 Институциональная структура

Служба общественного здравоохранения включает организации республиканского и территориального уровней, осуществляющих медико-профилактическую и научно-исследовательскую деятельность.



Услуги в области общественного здравоохранения, за исключением надзорной деятельности, оказываются физическими и юридическими лицами, независимо от форм собственности, имеющими разрешение уполномоченного государственного органа в области здравоохранения. Ранее услуги общественного здравоохранения предоставлялись в стране службой государственного санитарно-эпидемиологического надзора и центрами укрепления здоровья. Если первая отвечала за охрану здоровья, то вторые отвечали за укрепление здоровья.

Целью существующей службы общественного здравоохранения является охрана и укрепление здоровья, а также профилактика заболеваний среди населения.

Службу общественного здравоохранения возглавляет Главный государственный санитарный врач Кыргызской Республики - заместитель министра здравоохранения, назначаемый на должность и освобождаемый от должности Премьер-министром Кыргызской Республики по представлению Министра здравоохранения Кыргызской Республики. Организацию деятельности службы общественного здравоохранения осуществляют Главный государственный санитарный врач Кыргызской Республики,

заместитель главного государственного санитарного врача - Генеральный директор Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, главные государственные санитарные врачи областей, городов, районов республики.

При Департаменте государственного санитарно-эпидемиологического надзора и областных, городских, районных центрах государственного санитарно-эпидемиологического надзора для коллегиального рассмотрения и решения вопросов развития, управления, совершенствования деятельности санитарно-эпидемиологической службы создаются санитарно-эпидемиологические советы, действующие в соответствии с положением, утверждаемым Главным государственным санитарным врачом республики.

Планируемая Система службы общественного здравоохранения включает в себя:

- Отдел общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;
- Республиканский центр охраны здоровья;
- Республиканский центр укрепления здоровья;
- Республиканский центр по контролю за заболеваниями;
- НИИ общественного здоровья;
- Территориальные центры общественного здравоохранения (здоровья);
- Организации ПМСП, оказывающие профилактические и противоэпидемические услуги

В соответствии с Законом КР «Об общественном здравоохранении», подготовка специалистов общественного здравоохранения осуществляется образовательными организациями в порядке государственного заказа уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения в соответствии с утвержденными Государственными образовательными стандартами среднего, высшего постдипломного профессионального образования.

Функция укрепления здоровья населения была передана от санитарно-эпидемиологической службы Республиканскому центру укрепления здоровья с целью освобождения службы укрепления здоровья от подхода пропаганды и контроля, который традиционно доминировал в службе Госсанэпиднадзора, что позволит ей развивать современные концепции укрепления здоровья. Служба укрепления здоровья состоит из Республиканского центра укрепления здоровья, Городского центра укрепления здоровья в г. Бишкек и филиала Республиканского центра в г. Ош, а также кабинетов укрепления здоровья при областных и районных центрах семейной медицины. В 2008 году в Кыргызстане была разработана и принята Концепция укрепления здоровья на 2009-2011 гг., основанная на принципах Оттавской Хартии по укреплению здоровья (Хартия, принятая в 1986 г. на Первой международной конференции по укреплению здоровья). Мероприятия по укреплению здоровья осуществлялись при финансовом и техническом содействии международных доноров. В качестве стратегии укрепления здоровья в сельской местности была предложена активность общин в здравоохранении. Цель кабинетов укрепления здоровья заключается в поддержке действий общин в рамках стратегии и выполнении роли связующего звена между системой здравоохранения и общинными организациями, работающими по вопросам здоровья.

Согласно закону Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», мероприятия по внедрению здорового образа жизни и укреплению здоровья осуществляются всеми физическими и юридическими лицами независимо от формы

собственности и ведомственной принадлежности, и координируются службой общественного здравоохранения.

С начала реализации программы реформирования здравоохранения «Манас таалими» в 2005 г. произошли значительные перемены в работе служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике. Они включают совершенствование законодательной базы с принятием закона «Об общественном здравоохранении» в 2009 г., разработку и утверждение Концепции развития общественного здравоохранения в 2008 г., внедрение новых механизмов финансирования служб общественного здравоохранения, начало реструктуризации учреждений и служб общественного здравоохранения. Кроме этого, была проведена работа по созданию потенциала и навыков у сотрудников районных ЦГСЭН и утверждению их координаторами по общественному здравоохранению на районном уровне.

Улучшения в сфере общественного здравоохранения также включают совершенствование эпидемиологического надзора за заболеваниями, и интеграцию диагностических лабораторных исследований лечебной и общественной служб здравоохранения.

### **3.2 Законодательная база**

Основные законодательные акты Кыргызской Республики, которыми руководствуются при осуществлении своей деятельности службы общественного здравоохранения, включают:

- Закон КР «О защите населения от туберкулёза» от 18.05.1998, №65.
- Закон «О радиационной безопасности населения Кыргызской Республики» от 17.06.1999, №58.
- Закон КР «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 26.06.2001, №56.
- Закон Кыргызской Республики «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 26 июня 2001 г., №60.
- Закон «Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике» от 16 апреля 2004 г.
- Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 09.01.2005, №6.
- Закон КР «О ветеринарии» от 12.04.2005, № 61.
- Закон КР «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике» от 13.08.2005, №149.
- Закон КР «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака» от 21.08.2006, №175.
- Закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении» от 24 июля 2009 г., №248.

В связи с принятием нового Закона Кыргызской Республики «О нормативно-правовых актах Кыргызской Республики», к началу 2011 г. все нормативные и правовые акты министерств и ведомств республики должны быть пересмотрены и либо утверждены постановлением Правительства Кыргызской Республики, либо приняты Парламентом республики в качестве законов.

Закон Кыргызской Республики «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» принятый Законодательным собранием Жогорку Кенеша (Парламента) Кыргызской Республики 31 мая 2001 г. и утвержденный 26 июня 2001 г., №60 (с изменениями от 15 июля 2003 г., №151) был направлен на обеспечение санитарно-

эпидемиологического благополучия населения, охрану здоровья и благоприятной окружающей среды. Санитарно-эпидемиологическое благополучие и общественное здоровье населения обеспечивались комплексом мер, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию, гигиеническое обучение и воспитание граждан, пропаганду здорового образа жизни и распространение гигиенических знаний среди населения, осуществляемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Однако в последние годы нормативно-правовая база республики претерпела значительные изменения, обусловленные членством Кыргызской Республики во Всемирной торговой организации (ВТО) и возникновением необходимости гармонизации национальных стандартов в соответствии с международными требованиями, принятием Закона «Об основах технического регулирования» и подзаконных актов, направленных на поддержку и развитие предпринимательства.

Административно-территориальные, институциональные реформы и децентрализация управления, проводимые в стране, внесли существенные изменения в структуру и полномочия министерств и ведомств, привели к трудностям в исполнении требований, предусмотренных в действующем Законе «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Министерство здравоохранения осуществило инвентаризацию всех законодательно-нормативных документов по общественному здравоохранению страны. В начале 2008 г. была сформирована Рабочая группа для проведения обзора всех этих документов и сравнения их с законодательно-нормативной базой некоторых стран Европы (Эстония, Финляндия, Болгария, и т.д.). Рабочая группа, при технической помощи со стороны ЕРБ ВОЗ, разработала, обсудила и представила в Министерство здравоохранения проект Закона об общественном здравоохранении, а 24 июля 2009 г. был подписан рамочный Закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении».

**Основные задачи службы, определенные Законом, включают:**

- охрана здоровья населения;
- формирование здорового образа жизни граждан в Кыргызской Республике;
- профилактика инфекционных и актуальных неинфекционных заболеваний.

При этом основными принципами государственной политики в области общественного здравоохранения (Статья 4) являются:

- профилактическая направленность здравоохранения и формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни;
- создание условий для охраны и укрепления здоровья людей на основе равенства и доступности медицинских услуг;
- укрепление психического и физического здоровья, как фактора, повышающего качество жизни и уровень психосоматического благополучия всего населения;
- развитие общественного здравоохранения в соответствии с потребностями населения в области охраны и укрепления здоровья, создание равных условий для функционирования организаций общественного здравоохранения;
- обеспечение граждан объективной и достоверной информацией по вопросам профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья;

- координация уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения деятельности органов государственного управления в области общественного здравоохранения;
- сотрудничество и взаимодействие общественных и других организаций с активным участием населения в решении вопросов охраны и укрепления здоровья населения;
- ответственность государственных органов, органов местного самоуправления, юридических и физических лиц за состояние здоровья населения и качество оказываемых услуг в области общественного здравоохранения;
- ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья других людей;
- экономическая заинтересованность физических и юридических лиц в охране и укреплении здоровья населения;
- научная обоснованность профилактических мероприятий.

Для поддержки реализации нового Закона об общественном здравоохранении были разработаны основные положения, регулирующие службу общественного здравоохранения, которые будут утверждены Постановлением Правительства.

Внесены в Жогорку Кенеш Кыргызской Республики проекты Законов «Общий технический регламент «О безопасности питьевой воды»», «Общий технический регламент «Требования к безопасности пищевых продуктов и процессов их производства, хранения, перевозки, реализации и утилизации»», «Общий технический регламент «О радиационной безопасности»». Закон «Общий технический регламент «О безопасности питьевой воды»» уже принят Парламентом.

### **3.3 Система финансирования**

Согласно закону "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", финансирование государственной санитарно-эпидемиологической службы ранее осуществлялось в соответствии со статьей 44 Закона Кыргызской Республики «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» за счет: бюджетных средств, средств, поступающих за выполнение работ и оказание услуг, добровольных взносов и пожертвований, и других источников, не запрещенных законодательством Кыргызской Республики.

Согласно новому Закону Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», финансирование организаций общественного здравоохранения осуществляется из:

- средств государственного бюджета;
- специальных средств;
- средств страховых фондов;
- грантов международных организаций;
- добровольных отчислений и вкладов физических и юридических лиц;
- других источников и фондов, не противоречащих законодательству Кыргызской Республики.

Несмотря на улучшение финансирования системы здравоохранения в целом, финансирование службы общественного здравоохранения остается недостаточным. Так, в 2006 г. доля средств, выделенных на службу Госсанэпиднадзора, составила 5,4% от средств, выделяемых на систему здравоохранения, или 138,384,000 сомов. Из этой суммы на службу укрепления здоровья было выделено 3 611,000 сомов (0,14%). На финансирование Бишкекского центра Госсанэпиднадзора было выделено 7,057,000 сомов, что составляет 2,46% от общего городского бюджета.

В 2007 году средняя заработная плата работников службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора составляла 2,689 сомов.

## **4. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

### **4.1 Надзор и оценка здоровья и благополучия населения**

#### **Определение области действия:**

Область действия включает в себя создание и функционирование систем надзора, нацеленных на значимые, с точки зрения общественного здравоохранения, заболевания, и постоянный сбор данных для оценки заболеваемости и показателей состояния здоровья населения. Она включает в себя медико-санитарную диагностику сообщества; анализ данных для выявления тенденций, недостатков и неравенств в состоянии здоровья определенных групп населения; выявление потребностей и планирование действий, основанных на фактах.

В стране существует общая система регистрации рождений и смертей, утвержденная законодательством Кыргызской Республики, позволяющая проводить анализ информации с разбивкой по полу, возрасту, этнической принадлежности и уровню образования. Сбор информации о состоянии здоровья населения и подготовка ежегодных публикаций медицинской статистики в стране осуществляется Республиканским медико-информационным центром (РМИЦ). Все учреждения и службы системы здравоохранения передают РМИЦ отчетные данные и информацию в соответствии с утвержденными отчетными формами и сроками. Результаты статистической обработки данных применяются для выработки политики в области здравоохранения Министерством здравоохранения.

Сбор информации осуществляется согласно Закону «О государственной статистике» и постановлениям Национального статистического комитета Кыргызской Республики. В стране создана Единая информационная система здравоохранения (ЕИСЗ), осуществляющая сбор информации о состоянии здоровья на популяционном уровне и позволяющая проводить оперативный мониторинг, анализ состояния здоровья населения с принятием последующих решений в виде национальных программ по улучшению здоровья населения республики, а также определять приоритеты для Национальной программы реформирования здравоохранения. На национальном уровне осуществление политики Министерства здравоохранения в области развития информационной системы, сбор, обработка, составление сводных отчетов, представление данных Парламенту, Правительству, Национальному статистическому комитету Кыргызской Республики (НСК), ВОЗ, донорам, НИУ и другим пользователям возложено на Республиканский медико-информационный центр. На областном уровне данные функции выполняют областные медико-информационные центры, на уровне организаций здравоохранения - медико-информационные отделы.

Список инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих регистрации, утвержден Приказом Министерства здравоохранения от 26.11.2008 и Приказом Министерства юстиции от 26.12.2009, №265; ему присвоен Государственный регистрационный номер №158.

В стране проводится, в основном, пассивный эпидемиологический надзор, активный эпидемиологический надзор применяется частично. Внедрен дозорный эпиднадзор по гриппу, паразитарным заболеваниям, гепатитам, ВИЧ/СПИД и управляемым инфекциям. Разработаны системы эпидемиологического надзора за 38 инфекциями и двумя неинфекционными заболеваниями (йододефицитные заболевания, железодефицитные заболевания). Внедрена система мониторинга за состоянием безопасности продуктов питания и пищевого сырья по микробиологическим, химическим и радиологическим показателям. Сбор данных на соответствие продуктов питания и продовольственного сырья установленным требованиям безопасности для здоровья человека осуществляется на основании ежемесячных данных, предоставляемых по форме утвержденной статистической отчетности. Обеспечивается ежегодное предоставление данных на основании соответствующих запросов ВОЗ. Данные публикуются в ежемесячном и ежегодном Информационном бюллетене «Кыргызская Республика по продовольственной безопасности и бедности». В стадии внедрения находится методика определения генетически-модифицированных ингредиентов в продуктах питания. Данные по инфекционной заболеваемости публикуются в ежемесячном журнале «Санэпидслужба и здоровье населения» и на сайте ДГСЭН. ([www.dgsen.kg/](http://www.dgsen.kg/)). При расследовании вспышек инфекционных заболеваний анализируется предоставляемая информация по полу, возрасту, этнической принадлежности, уровню образования и т.д.

Данные статистической отчетности в организациях здравоохранения интегрируются в программном обеспечении (ПО) «Медстат», которое обеспечивает сбор, формирование сводов, анализ и хранение данных, и которое разработано специалистами Минздрава (РМИЦ). Программное обеспечение позволяет получать информацию не только в абсолютных цифрах, но и в индикаторах (показателях), а также в виде различных диаграмм. Кроме того, для анализа информации, отслеживания процессов (индикаторов) в динамике, а также для прогнозирования используется программное обеспечение «EpiInfo», «DPS», «DefInfo», «PowerPoint», «Excel» и т.п.. 90% организаций здравоохранения имеют компьютерную технику и имеют возможность использовать ее для анализа данных, получая различные виды диаграмм. Ежегодно публикуется статистический сборник, где отслеживаются в динамике показатели здоровья и здравоохранения в виде таблиц и диаграмм.

#### **Основные сильные стороны:**

- *Имеется законодательная база, устанавливающая обязательную регистрацию фактов рождения и смерти, а также законодательная база по сбору данных о здоровье населения.*
- *Имеется структура, ответственная за сбор и представление информации.*
- *Принят Закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении» от 24.07.2009, №248.*
- *Осуществляется эпидемиологический надзор за 38 инфекционными и двумя неинфекционными заболеваниями.*
- *Осуществляется мониторинг микробиологических и химических загрязнений пищевой цепи.*
- *Разработаны долгосрочные программы по борьбе с основными неинфекционными заболеваниями, такими как йододефицитные заболевания, железодефицитные заболевания, сердечно-сосудистые болезни.*
- *Применяются современные методы оценки питания и диеты для женщин и детей, методы оценки ожирения и диетического питания, принятые в международной практике, результаты которых можно сопоставить между собой.*

- Создана система информирования населения о здоровом образе жизни и здоровом питании через средства массовой информации, систему образования, неправительственные организации и другие структуры.
- Имеется единая система первичного медицинского учета и статистической отчетности во всех организациях здравоохранения, позволяющая получать сопоставимую информацию.
- Единые стандартные определения по расчету показателей, которые позволяют проводить сопоставимый сравнительный анализ, как по организациям здравоохранения и регионам страны, так и в сравнении с другими странами - членами ВОЗ.
- Внедрение индивидуализированных баз данных (регистров) по новорожденным позволило улучшить качество данных и анализа, повысить эффективность принимаемых решений.
- Имеется нормативная база для сбора информации, структура сбора информации, учетно-отчетные формы и база данных лиц с психическими расстройствами, конфиденциальность гарантируется Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
- Сбор данных по травмам и травмам со смертельными исходами основан на государственной статистической отчетности.
- Согласно действующему приказу Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, регистрация профзаболеваний ведется 2 раза в год, за каждое полугодие.
- В Республиканском медико-информационном центре создана и постоянно поддерживается Национальная база данных по здоровью и здравоохранению, которая содержит информацию не только по данным МЗ, но НСК (т.к. РМИЦ располагает информацией только по системе МЗ), по республике целом, в областном разрезе (с 1990 г. на программном обеспечении ВОЗ «DPS» и «DefInfo»).
- Имеется специализированное программное обеспечение «Медстат» для сбора, свода и анализа информации, содержащейся в формах статистической отчетности, утвержденной постановлением Национального статистического комитета.
- Внедрена и действует программа компьютерного слежения за состоянием инфекционной заболеваемости (КСИЗ), которая предусматривает возможность генерации стандартных диаграмм после введения исходных данных.
- Существующая система сбора информации позволяет проводить мониторинг индикаторов, характеризующих здоровье населения, (включая демографические показатели, и здравоохранение (рутинная статистическая отчетность, регистры, дозорный эпиднадзор).
- Внедряются коммуникационные стратегии по профилактике различных заболеваний среди населения, с активным участием самого населения.

#### **Основные слабые стороны:**

- Регистрация фактов рождения и смерти населением республики носит заявительный характер, и население не всегда своевременно обращается в органы регистрации рождения или смерти.
- Регистрация заболеваемости осуществляется, главным образом, на основании обращений населения за медицинской помощью (неполные данные).
- Не проводится активный эпидемиологический надзор, а пассивный сбор данных не отражает достоверно существующее положение в стране.
- Слабая оснащенность бактериологических лабораторий.

- Не разработана и не применяется современная методика оценки безопасности продуктов детского питания из-за нарушения правил их транспортировки, хранения и сбыта.
- Недостаточные навыки в проведении анализа, оценки и прогнозирования ситуации.
- Недостаточно развитые электронные коммуникации (связь) создают проблему обратной связи с организациями здравоохранения.
- Существующая информация мало анализируется и мало используется для улучшения системы
- Отсутствие методики оценки рисков.
- Отсутствие регистра травматизма на уровне страны.
- Учет, сбор и анализ информации ведется преимущественно на основе бумажных носителей, недостаточно широко применяются современные информационные технологии для ведения электронных форматов отчетности и обмена информацией.
- Сбор и формирование сводных данных осуществляется на разных СУБД, что создает проблемы для интеграции баз данных.
- Отсутствие специальных курсов обучения для анализа данных, их оценки и прогнозирования по вопросам здоровья и здравоохранения с использованием компьютерной техники.
- Недостаточная обеспеченность специалистами, владеющими навыками анализа и использования компьютерного обеспечения для построения диаграмм.

#### **Рекомендации:**

- Усилить технический потенциал ЕИСЗ (кадры, коммуникации).
- Пересмотреть правила выдачи медицинской документации о факте рождения или смерти с целью обеспечения своевременной регистрации населением демографических процессов.
- Совершенствовать взаимодействие на межсекторальном уровне.
- Создать Центр по контролю за инфекционными заболеваниями.
- Повысить уровень финансирования для целенаправленной работы по профилактике неинфекционных заболеваний, связанных с питанием.
- Провести обучение органами госсанэпидслужбы специалистов лабораторной службы предприятий по производству обогащенных продуктов питания методам контроля, менеджмента качества выпускаемой продукции и внедрению программ производственного контроля.
- Проводить информационную работу среди населения по использованию обогащенных продуктов питания.

## **4.2 Выявление проблем здоровья и рисков для здоровья в сообществе**

### **Определение области действия:**

Мониторинг, выявление и прогнозирование биологических, химических и физических угроз здоровью на рабочем месте и в окружающей среде; использование методов оценки риска в области гигиены окружающей среды и уведомление населения о существующей угрозе здоровью; планирование и осуществление действий, направленных на сведение к минимуму угроз здоровью, проистекающих из окружающей среды.

Оценка риска для здоровья населения является доказательной основой для осуществления мер по охране здоровья. К настоящему времени достаточно хорошо изучено влияние таких поведенческих факторов риска, как табакокурение, употребление алкоголя, образ

жизни и других. Известна роль таких социально-экономических факторов риска, как уровень и распределение материальных и социальных благ, уровень бедности, образования, развития медицины, социальной поддержки и др. Очевидна связь между заболеваемостью и бедностью населения. Все перечисленные факторы риска имеют некоторое распределение теоретического минимума эффекта в общем воздействии на здоровье. Находясь во взаимосвязи, - соотношение белков, жиров и углеводов в питании, физическая активность, физиологические риски с одной стороны, качество воды, санитарные условия жилища и личная гигиена с другой стороны, - факторы риска в каждой ситуации требуют отдельного внимательного изучения и определения.

Развитие болезни всегда обусловлено влиянием множества факторов риска, прямых или опосредованных. В связи с этим, политика и программы по улучшению и укреплению здоровья должны быть нацелены на устранение не одного фактора риска для здоровья населения, а целого их ряда.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности. (из Закона «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики»)

В соответствии со Статьей 27 «Санитарно-профилактическая помощь» Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 г., №6, к санитарно-профилактической помощи в Кыргызской Республике относятся:

- санитарно-гигиенический надзор;
- эпидемиологический надзор;
- формирование здорового образа жизни.

Санитарно-профилактическая помощь оказывается службами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, укрепления здоровья и организациями здравоохранения первичного уровня с целью защиты и укрепления здоровья населения.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие и общественное здоровье населения обеспечиваются комплексом мер, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию, гигиеническое обучение и воспитание граждан, пропаганду здорового образа жизни и распространение гигиенических знаний среди населения, осуществляемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

## **А. Контроль за инфекционными заболеваниями**

В Кыргызской Республике функционирует налаженная система учета, регистрации и отчетности по инфекционным заболеваниям, основанная на Законе об общественном здравоохранении, которая позволяет своевременно оценивать эпидемиологическую ситуацию и планировать мероприятия по её стабилизации. Список инфекционных и паразитарных заболеваний, подлежащих регистрации, утвержден Приказом МЗ КР от 26.11.2008 г., а приказом Министерства юстиции КР от 26.12.2008 г., №265, ему присвоен Государственный регистрационный номер №158. Разработана и утверждена приказом Министерства здравоохранения КР от 26.11.2008 г., № 610, «Инструкция по учету и регистрации инфекционных, паразитарных болезней в КР», в которой отражены правила сообщения (оповещения) медицинским работником всех профилей, независимо от форм собственности, и всех уровней, выявившим (при подозрении) инфекционное заболевание

вышестоящим организациям здравоохранения. По данному приказу, - в случае подозрения на инфекционное заболевание, - медицинский работник, выявивший случай, подает экстренное извещение по форме 058у в течение 24 часов. А при подозрении на особо опасное и карантинное заболевание, немедленно передается экстренное сообщение в территориальный центр Госсанэпиднадзора в соответствии со схемой оповещения и оперативным планом. Получив экстренное извещение, врач эпидемиолог выезжает на очаг для проведения эпидемиологического расследования и организации профилактических и противоэпидемических мероприятий по данному случаю.

Вследствие отработанной схемы оповещения о случаях инфекций, вспышки инфекционных заболеваний выявляются в республике на ранней стадии, и противоэпидемические мероприятия разворачиваются своевременно.

Разработаны системы эпиднадзора за более чем 40 инфекциями и двумя неинфекционными заболеваниями. Составлен список инфекционных заболеваний, подлежащих индивидуальному учёту в лечебно-профилактических организациях и в центрах Госсанэпиднадзора согласно международной статистической классификации болезней (МКБ-10). Эпиднадзор за инфекционными болезнями проводится центрами Госсанэпиднадзора районов, которые подают суммарную информацию об инфекционных и паразитарных заболеваниях по форме №1 в ДГСЭН ежемесячно, а о случаях подозрения на карантинные и особо опасные заболевания сообщается немедленно. Департаментом Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения и ЦГСЭН районов проводится мониторинг инфекционной заболеваемости - ежедневный, еженедельный, ежемесячный. Согласно полученным данным, проводится анализ, по результатам которого принимаются и организуются соответствующие профилактические и противоэпидемические мероприятия, а также даются рекомендации по снижению уровня заболеваемости на местах.

С 2004 года в республике внедрена и действует программа компьютерного слежения за состоянием инфекционной заболеваемости (КСИЗ), которая обеспечивает слежение за 38 инфекционными и 2 неинфекционными заболеваниями. Программа КСИЗ внедрена во всех 50 районных центрах Госсанэпиднадзора. Ежемесячно отчеты предоставляются районами на областной уровень и далее в агрегированном виде на уровень страны. Данная программа КСИЗ позволяет проводить анализы по полу, по месту жительства, по возрасту, по датам заболевания, обращения и установления диагноза, по методу госпитализации. В программе КСИЗ используются единые коды лечебно-профилактических организаций, населенных пунктов, а также количество населения, которое пользуется другими компьютерными программами системы здравоохранения республики.

Ежегодно, по результатам года, во Всемирную организацию здравоохранения представляется отчет по инфекционным и паразитарным заболеваниям (согласно представленной форме запроса).

#### **Приказы Министерства здравоохранения по контролю за инфекционными заболеваниями**

- ПРИКАЗ МЗ КР от 10 июня 2002 г., №240 "Об эпидемиологическом надзоре за бруцеллезом в Кыргызской Республике".
- ПРИКАЗ МЗ КР от 4 ноября 2002 г., №453 "О профилактике ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в условиях второго поколения эпидемиологического надзора"

- ПРИКАЗ МЗ КР от 4 января 2005 г., №1 "О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем, заразных кожных заболеваний и лепры"
- ПРИКАЗ МЗ КР от 9 февраля 2005 г., №51 "О совершенствовании мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией/СПИД"
- ПРИКАЗ МЗ КР от 28 февраля 2006 г., №108 "О порядке проведения лицензионной экспертизы частной медицинской практики и об аттестации частнопрактикующих медицинских работников в Кыргызской Республике"
- ПРИКАЗ МЗ КР от 24 апреля 2006 г., №202 "О дальнейшем улучшении лабораторной диагностики туберкулеза в Кыргызской Республике в рамках Национальной программы "Туберкулез III" на 2006-2010 гг."
- ПРИКАЗ МЗ КР от 16 ноября 2006 г., №620 "Об утверждении "Концепции развития лабораторной службы Кыргызской Республики на 2007-2010 гг."
- ПРИКАЗ МЗ КР от 30 марта 2007 г., №161 "Об утверждении Целевой комплексной программы по борьбе с паразитарными заболеваниями в Кыргызской Республике на 2007-2011 гг."
- ПРИКАЗ МЗ КР от 19 марта 2008 г., №120 "О мерах по улучшению деятельности и повышению эффективности аккредитации организаций здравоохранения"
- ПРИКАЗ МЗ КР от 29 января 2008 г., №34 "Об усовершенствовании системы инфекционного контроля и мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения Кыргызской Республики"
- ПРИКАЗ МЗ КР от 3 ноября 2008 г., №562 "О внесении дополнений в ПРИКАЗ МЗ КР от 16.11.2006 г., №620 "Об утверждении Концепции развития лабораторной службы Кыргызской Республики на 2007-2010 гг."
- ПРИКАЗ МЗ КР от 1 июля 2009 г., №488 "О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами населения Кыргызской Республики"

### Резистентность к антибиотикам

#### **Основные сильные стороны:**

- *Разработаны методики и утверждены приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 26.11.2008 №610 «Инструкция по учету и регистрации инфекционных, паразитарных болезней в КР».*
- *Все вспышки инфекционных заболеваний расследуются врачами-эпидемиологами в обязательном порядке.*
- *Определение случая и подсчет случаев проводится при вспышках инфекционных заболеваний.*
- *Имеется утвержденная Министерством здравоохранения Система эпиднадзора за всеми зооантропонозными заболеваниями.*
- *Имеется комплексный совместный план с Департаментом государственной ветеринарии Министерства сельского хозяйства по профилактике и противоэпидемическим мероприятиям по зооантропонозным заболеваниям.*
- *С 2004 года во всех организациях здравоохранения стационарного типа из числа медицинских работников созданы и функционируют комиссии инфекционного контроля.*
- *Разработаны 17 стандартов по профилактике и методам контроля внутрибольничных инфекций, которые внедрены в деятельность организаций здравоохранения.*
- *В стране действуют Санитарные нормы и правила для контроля качества воздуха атмосферы, рабочих и жилых помещений.*

- Имеются разработанные и утвержденные стандарты по качеству питьевой воды.
- В последние годы (2008-2010), при поддержке СПС- 2 фаза, разработаны Технические регламенты КР по гигиене производства пищевых продуктов (конверт из 10 ТР), составившие нормативную базу гигиены питания.
- В Технических регламентах по гигиене производства заложены современные принципы менеджмента безопасности пищевых продуктов, включая НАССР.
- Служба Госсанэпиднадзора располагает сетью лабораторий по всей стране до уровня районов.
- Лаборатории 7 ЦГСЭН аккредитованы на соответствие требованиям международного стандарта ИСО/МЭК 17025.
- В настоящее время 7 ЦГСЭН подтвердили компетентность лабораторий на их соответствие международным требованиям стандарта ИСО МЭК 17025.
- Республиканский научно-практический центр контроля качества лабораторной диагностики инфекционных болезней проводит внешний контроль лабораторной диагностики в соответствии с Программой системы внешнего контроля качества (ВОК). Центром внедрено 11 новых методик лабораторных исследований по программе внешнего контроля качества.
- Разработаны стандарты аккредитации для больниц первичного, вторичного, третичного уровня, включающие вопросы качества лабораторной диагностики, оснащения лабораторий, квалификации врачей-лаборантов.

#### **Основные слабые стороны:**

- Пассивный сбор данных (по обращаемости) отражается на несвоевременности реагирования на вспышку.
- Не внедрен активный метод выявления больных с инфекционными заболеваниями, включая вспышки.
- Не учитываются социально-экономические индикаторы (уровень доходов, образование и т.д.) для оценки риска.
- Недостаточная оснащенность лабораторий. Отсутствие методик для экстренной лабораторной диагностики.
- Служба общественного здравоохранения не всегда информируется ветеринарной службой о случаях регистрации зооантропозных заболеваний среди животных.
- Отсутствие систем надзора за резистентностью к антибиотикам и их использованием. Нет базы данных по резистентности к антибиотикам.
- Отсутствует контроль за применением антибиотиков у животных.
- Недостаточно проводится обучение сотрудников методикам оценки риска с учетом международных подходов и требований.
- Недостаточное сотрудничество с другими секторами.
- Отсутствует современное оборудование по контролю качества воздуха.
- Данные о водоемниках являются конфиденциальными и малодоступными. Отсутствие единой базы данных по качеству воды затрудняет анализ информации.
- Нет механизма оценки риска потребительских товаров.
- Информационные и компьютерные технологии в национальном и региональном санитарно-эпидемиологическом надзоре и контроле чрезвычайных ситуаций недостаточно развиты.

#### **Рекомендации:**

- Укрепить оснащенность 20 базовых лабораторий Госсанэпиднадзора.
- Внедрить современные методы надзора за заболеваниями в практику работы служб общественного здравоохранения.

- *Создать план/стратегию по резистентности к антибиотикам с созданием базы данных по лечебным учреждениям.*
- *Инициировать создание, совместно с заинтересованными ведомствами, единой базы данных по качеству воды.*

#### **4.3 Готовность и планирование в случае чрезвычайных ситуаций в области общественного здравоохранения**

##### **Определение области действия:**

Готовность к управлению чрезвычайными ситуациями, включая разработку подходящих планов действия; разработку систем для сбора данных, контроля и предотвращения заболеваний во время чрезвычайных ситуаций; внедрение интегрального подхода для эффективного сотрудничества с различными органами власти, участвующими в управлении ситуацией.

Организация и проведение мероприятий в области общественного здравоохранения при чрезвычайных ситуациях основывается на имеющемся законодательстве КР. Принят Национальный (оперативный) план готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения и меры реагирования при их возникновении. Разработана и утверждена Приказом Министерства здравоохранения от 17.12.2008 г. Концепция развития экстренной (скорой и неотложной) медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 гг. в соответствии с государственной политикой в области здравоохранения и национальной безопасностью Кыргызской Республики. Концепция направлена на улучшение качества оказания экстренной (скорой и неотложной) медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях повседневной жизни, чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Проводится ежедневный мониторинг за инфекционной заболеваемостью, химической, биологической и радиационной безопасностью для выявления вспышек и чрезвычайных ситуаций, основанный на сборе и анализе индикаторов, позволяющих определить и наблюдать прогресс в динамике.

В каждой области имеются группы радиационного контроля, занимающиеся проведением дозиметрических исследований ввозимой продукции и, при необходимости, объектов окружающей среды. В центрах Госсанэпиднадзора имеются ответственные специалисты по гражданской обороне населения. В каждом ЦГСЭН (районных, областных, городских) созданы санитарно-эпидемиологические разведывательные группы, которые, при получении информации о возникновении непредвиденных чрезвычайных ситуаций, вызванных опасными биологическими агентами, выезжают на место с целью получения достоверных данных о санитарно-эпидемиологической обстановке, проводят и уточняют эпидемиологическую обстановку, определяют границу и зону очага заражения.

Ежегодно в республике регистрируются случаи вспышек инфекционных заболеваний. За счет зарегистрированных вспышек, уровень инфекционной заболеваемости в республике за последние пять лет варьируется по брюшному тифу от 3,3 до 3,8 на 100 тысяч населения, паратифам 0,8-1,7; сальмонеллезам 4,2-13,4; общим кишечным инфекциям 294,7-487,9; по сибирской язве 0,16-0,4. Кроме этого, из 1119 почвенных сибирезвенных очагов 55% на местности не найдены. Основными причинами вспышек являются аварийные сбросы канализационных стоков в открытые водоемы, которые употребляется населением для хозяйственно-питьевых нужд, аварии водопроводной сети, загрязнение открытых водоисточников, связанные со стихийными бедствиями (селевые потоки, землетрясение), соприкосновение населения с вновь появляющимися вирусами (грипп,

ОРВИ). Для оперативного проведения профилактических мероприятий при возникновении чрезвычайных ситуаций по инфекционным заболеваниям каждый год закупаются иммунобиологические препараты (вакцины, иммуноглобулины, сыворотки), дезинфекционные средства.

Кроме того, на территории республики в 36 хвостохранилищах накоплены **радиоактивные отходы** общей массой 34 млн. тонн, общим объемом 50 млн. м<sup>3</sup>, и суммарной активностью свыше 100 тыс. кюри. В 26 отвалах складировано более 1,3 млн. м<sup>3</sup> пустых пород и некондиционных урановых руд, которые образовались при добыче урановых и торийсодержащих руд, а также в результате использования источников радиации в различных сферах деятельности.

В случае возникновения экстренных случаев, территориальными службами Госсанэпиднадзора оказывается помощь в виде проведения бактериологических, радиологических, токсикологических и санитарно-гигиенических лабораторных исследований окружающей среды и людей, находящихся в данной ситуации. Кроме того, для оценки ситуации, разработки экстренных мероприятий и организации мер по ликвидации последствий экстренных случаев будет организован выезд оперативных бригад ЦГСЭН, а также оказана медицинская помощь специалистами станций скорой медицинской помощи (ССМП), которых в республике 3 - в городах Бишкек, Ош и Нарын, 86 отделениями скорой медицинской помощи (ОСМП) и 85 центрами семейной медицины. В соответствии с нормативными документами и инструкциями, вышестоящие органы по вертикали незамедлительно информируются о случаях, приводящих к чрезвычайным ситуациям и влияющих на здоровье человека. Это позволяет соответствующим службам своевременно принимать меры по локализации, ликвидации и недопущению дальнейшего распространения.

Все случаи чрезвычайных ситуаций рассматриваются на заседаниях РЧППК, Правительства, на коллегиях министерств. Проводятся анализ и оценка представленных отчетов с последующей корректировкой планов действий и подготовкой рекомендаций.

В случае подозрения на заболевания холерой, чумой, геморрагическими лихорадками, согласно межгосударственным соглашениям о возникновении случая, оповещаются ВОЗ и соседние страны.

Для регулирования работы в случае возникновения чрезвычайных ситуаций, вызванных как естественными источниками, так и применением биологических агентов, в республике разработаны и приняты к исполнению комплексный и оперативный планы по локализации и ликвидации очагов опасных инфекционных заболеваний. Данная система позволяет быстро и оперативно задействовать как силы и средства общественного здравоохранения, так и службы других министерств и ведомств. Совместное взаимодействие позволяет быстро принять решения по локализации и ликвидации чрезвычайного происшествия, включая вспышки особо опасных заболеваний.

В рамках Программы глобального партнерства Правительства Канады и двухстороннего межгосударственного Канадско-Кыргызского Соглашения по обеспечению биологической безопасности и защиты лабораторий Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций Кыргызской Республики и его региональных противочумных отделений выполнены определенные профилактические мероприятия, обеспечивающие защиту лабораторий повышенного уровня опасности. Меры защиты носят краткосрочный характер до ввода новой биологической лаборатории с повышенным уровнем защиты.

В ходе реализации мер по усилению биологической безопасности, приняты меры к созданию физического барьера по периметру здания и прилегающей к нему зоны. В помещении лабораторий установлены специальные системы наблюдения и датчики контроля доступа. В целях предупреждения несанкционированного проникновения установлены специальные системы слежения и контроля. Усилена безопасность входа в рабочую зону лабораторий путем использования персоналом персональных магнитных карт, замков и дверей.

Для контроля предусматривается разработка компьютерной программы и базы данных, которые позволят надежно выполнять процедуры по учету доставки и обращения опасных патогенов.

Для безопасной доставки опасных микроорганизмов в рамках Программы глобального партнерства были закуплены 3 специализированные автомашины и предоставлены контейнеры.

В целях обеспечения благоприятной эпизоотической и эпидемиологической обстановки и своевременной организации мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, локализации и ликвидации эпидемий, предупреждения массовых отравлений среди населения и предотвращения возникновения и распространения заразных болезней среди животных, а также с целью улучшения межведомственной координации, Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16.03.2010 года, № 152, создана Республиканская чрезвычайная противоэпидемическая и противоэпизоотическая комиссия при Правительстве КР.

В утвержденном приказе Министерства здравоохранения КР от 17.12.2008, № 660, «Концепция развития экстренной (скорой и неотложной) медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы» отражены мероприятия по улучшению качества оказываемой экстренной (скорой и неотложной) медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф, связанных с осложнением эпидемиологической, радиационной и химической ситуации, биотерроризмом, природными бедствиями.

Имеется Национальный комплексный (оперативный) план противоэпидемических мероприятий по особо опасным и карантинным заболеваниям, где расписаны действия 9 министерств (Министерства транспорта, внутренних дел, сельского хозяйства, чрезвычайных ситуаций, здравоохранения, культуры, финансов, местных государственных администраций, и Комитета по туризму) и ведомств, задействованных в проведении профилактических, противоэпидемических мероприятий и ликвидации очага заболевания. Ежегодно Министерством здравоохранения по линии Гражданской обороны составляется план подготовки системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям и согласовывается с Министерством чрезвычайных ситуаций. В план включают организационные вопросы распределения обязанностей задействованных служб, их коммуникационные алгоритмы, проведение штабных, комплексных учений Гражданской защиты.

Противодействие распространению особо опасных инфекционных заболеваний среди людей и животных как средства **биологического терроризма** является одной из приоритетных задач в сфере обеспечения национальной безопасности.

Определяющим фактором противодействия биологическому терроризму является готовность органов и учреждений общественного здравоохранения к быстрому

проведению противоэпидемических мероприятий в случае применения биологических поражающих агентов с целью заражения населения или при других чрезвычайных ситуациях, обусловленных попаданием во внешнюю среду возбудителей особо опасных инфекций. Для своевременного реагирования на чрезвычайные ситуации, согласно директивным документам Министерства здравоохранения, в республике организована работа специализированной подвижной бактериологической лаборатории. Данная лаборатория способна проводить исследование материалов, как от больных людей, так и объектов внешней среды, а также информировать о реальной ситуации в опасной зоне.

В Кыргызской Республике для предотвращения чрезвычайных ситуаций, оперативного реагирования, а также оказания своевременной помощи созданы и работают различные **межведомственные комиссии (МВК) и комитеты:**

- Межведомственная комиссия КР по чрезвычайным ситуациям;
- Межведомственная комиссия КР по лавинам;
- Межведомственное сотрудничество по травмам криминального характера;
- Комиссия по обеспечению безопасности дорожного движения при Правительстве Кыргызской Республики.
- Республиканская чрезвычайная противоэпидемическая и противоэпизоотическая комиссия при правительстве КР (РЧППК).

Основной задачей межведомственных комиссий является выработка предложений по координации деятельности министерств, государственных комитетов, административных ведомств, иных центральных и местных исполнительных органов, хозяйствующих субъектов, независимо от форм собственности, научных, общественных организаций и объединений по вопросам, связанным с обеспечением предупреждения и устранения последствий травматизма, разработкой и реализацией соответствующих государственных и региональных программ, эффективным использованием выделяемых на эти цели средств.

Ежегодно, в соответствии с планом подготовки Гражданской защиты медицинской службы, на уровне республики проводятся командно-штабные учения, где командующим является Президент КР. В данном учении принимают участие все министерства, ведомства, управления МЧС областей, все службы гражданской защиты и органы местного самоуправления. Привлекаются оперативные группы военных комиссариатов, пограничных войск, национальной гвардии, управления Национальной безопасности, внутренних войск МВД, выделяемых согласно плану взаимодействия.

Главной задачей проведения учений является повышение уровня готовности к своевременному реагированию на чрезвычайные ситуации.

Кроме этого, согласно плану мероприятий, в каждом министерстве, в том числе в Министерстве здравоохранения, ежегодно проводятся штабные учения, где командующим является Министр здравоохранения.

В ходе учебно-тренировочных мероприятий, руководящим составом гражданской защиты всесторонне анализируется и оценивается состояние подготовленности подведомственных объектов, кадров, при необходимости, решаются вопросы их обучения на республиканских курсах МЧС.

Начальником медицинской службы Министерства здравоохранения КР организуются комплексные проверки, а также по проведенному учению готовятся отчеты и

представляются в Министерство чрезвычайных ситуаций КР не позднее 15 дней после их окончания.

В целях повышения оперативной готовности сил и средств общественного здравоохранения регулярно проводятся учебно-тренировочные занятия по локализации и ликвидации очагов опасных инфекционных заболеваний. К участию в учебных занятиях привлекаются силы и средства других министерств и ведомств. В ходе совместной работы отрабатываются основные навыки совместной работы и взаимодействия в чрезвычайных ситуациях.

Министерством здравоохранения закуплено оборудование для 7 тренировочных кабинетов. В 2007 году, в целях подготовки кадров для службы скорой медицинской помощи, в рамках Национальной программы «Манас таалими» обучение вопросам неотложной медицинской помощи прошли 12 врачей и 119 фельдшеров.

С целью своевременного оповещения и организации мероприятий по чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения (в частности, по инфекционным заболеваниям) разработаны и утверждены приказом Министерства здравоохранения от 5.04.2006, №169: «Порядок оперативного оповещения органов и учреждений здравоохранения», «Список телефонов медицинских учреждений и ответственных лиц» по республике, «Лабораторные группы», которые должны выезжать для отбора подозрительного материала, а также «Список консультантов, привлекаемых в случае подозрения на карантинные и особо опасные инфекции». Данный документ ежегодно дополняется по эпидситуации, а телефоны консультантов обновляются.

#### **Основные сильные стороны:**

- *Имеются различные планы действий на случай чрезвычайных ситуаций (пандемия гриппа, малярия, экстренной медицинской помощи и т.д.).*
- *Существует межсекторальное сотрудничество по предотвращению и реагированию на чрезвычайные ситуации.*
- *Широко применяется система «уведомления о событии» Разработаны комплексные и оперативные планы на случай карантинных и особо опасных инфекций.*
- *Разработаны комплексный и оперативный планы на случай возникновения зооантропонозных инфекций.*
- *Создана Чрезвычайная противоэпидемическая и противоэпизоотическая комиссия при Правительстве КР и разработан Национальный (оперативный) план готовности к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения, а также меры при их возникновении.*
- *В рамках программы сотрудничества Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Центрально-Азиатского офиса центров США по профилактике заболеваний (СДС/САР) «Реагирование системы общественного здравоохранения на чрезвычайные ситуации», территориальные центры Госсанэпиднадзора оснащены соответствующим лабораторным оборудованием и дозиметрами для радиационного контроля.*
- *Вся ввозимая продукция подвергается радиационному контролю согласно положению «О порядке проведения радиационного контроля продукции, грузов, (багажа), на территории КР», которое утверждено Постановлением Правительства КР от 06.06.2003, №329.*
- *В каждой области имеются группы радиационного контроля, которые занимаются проведением дозиметрических исследований ввозимой продукции и, при необходимости, объектов окружающей среды.*

- Создана Республиканская режимная комиссия Министерства здравоохранения.
- Существование государственной монополии на проведение исследований с биопатогенами.
- Осуществляется Государственный контроль за патогенами.
- Для предотвращения чрезвычайных ситуаций, оперативного реагирования, а также оказания своевременной помощи созданы и работают различные межведомственные комиссии (МВК) и комитеты.
- Разработаны комплексные и оперативные планы по карантинным и особо опасным инфекциям.
- Наличие планов в учреждениях общественного здравоохранения и осведомленность специалистов.
- В учреждениях общественного здравоохранения проводятся регулярные тренировочные учения для отработки знаний по локализации и ликвидации очага особо опасного заболевания.
- Существует система отчетности обо всех случаях вспышек инфекционных заболеваний. Каждый случай вспышки инфекционных заболеваний расследуется службой Госсанэпиднадзора и рассматривается на заседаниях чрезвычайных противоэпидемических комиссий.
- Имеется совместный комплексный план с ветеринарной службой по профилактике и противоэпидемическим мероприятиям при возникновении зооантропонозных заболеваний.
- Проведено картирование опасных химических производств на территории республики, проводится постоянный мониторинг.
- Проведено картирование опасных хвостохранилищ урановых производств на территории республики, проводится постоянный их мониторинг.
- Надзор в области общественного здравоохранения по чрезвычайным ситуациям ведется 50 центрами Госсанэпиднадзора, которые проводят мониторинг инфекционной заболеваемости и радиационной безопасности населения, благодаря чему вспышки выявляются своевременно.
- Схема оповещения, список консультантов и т.д. обновляются по мере необходимости и ежегодно, благодаря чему при чрезвычайных ситуациях мероприятия организуются немедленно.

#### **Основные слабые стороны:**

- Ограниченность систем оповещения о чрезвычайных ситуациях между соседними странами.
- Не разработаны специальные руководства по действиям в случае химической угрозы, радиологической угрозы, биотерроризма.
- Недостаточная оснащенность лабораторий газоанализаторами, расходными материалами, современным высокотехнологичным оборудованием и специальными диагностическими препаратами.
- Отсутствуют возможности для подготовки кадров в специализированных институтах по проблемам биобезопасности и биозащиты.
- Отток обученного персонала.
- Нет подготовленных групп по работе в чрезвычайных ситуациях (эпидотрядов, бригад).
- Ограниченные возможности по обработке информации, устаревшее компьютерное оборудование, программное обеспечение.
- Не отработан механизм доставки выделенных культур в референс-лаборатории ВОЗ для идентификации.

- Не найденные сибиреязвенные очаги являются потенциальными источниками возникновения вспышек заболеваний сибирской язвы. Из 1091 очага найдено всего 46%.
- Недостаточные материальные запасы на случай чрезвычайных ситуаций в службе общественного здравоохранения.
- Химические и радиологические лаборатории недостаточно оснащены соответствующими реагентами и оборудованием.
- Слабые возможности лабораторной службы в экспресс определении инфекционного агента.
- Нет обученных эпидемиологов, подготовленных на международном уровне по чрезвычайным ситуациям.

#### **Рекомендации:**

- Требуется переработка нормативно-методической базы, регулирующей работу по биобезопасности и биозащите.
- Разработать специальные руководства по действиям в случае химической угрозы, радиологической угрозы, биотерроризма.
- Укрепить возможности лабораторной службы по реагированию на чрезвычайные ситуации.

#### **4.4 Действия по охране здоровья (гигиена окружающей среды, гигиена питания, безопасность пищевых продуктов и т.д.)**

##### **Определение области действия:**

Экспертная способность оценивать риск и предпринимать необходимые действия в области гигиены окружающей среды, гигиены труда и безопасности пищевых продуктов. Меры, обеспечивающие выполнение и контроль, осуществляются органами общественного здравоохранения, которые наблюдают за действиями, оказывающими влияние на здоровье. Эта область действий включает в себя способность учреждений разрабатывать нормативные и контрольные рамки, которые стоят на охране общественного здоровья и наблюдают за соблюдением нормативов; а также способность разрабатывать новое законодательство и нормы, нацеленные на улучшение состояния здоровья общества и улучшение окружающей среды.

#### **А. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование**

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование является одной из основных задач государственного санитарно-эпидемиологического надзора, направленного на установление санитарно-эпидемиологических требований, обеспечивающих благоприятные и безопасные для здоровья человека условия его жизнедеятельности.

К нормативным правовым актам, устанавливающим санитарно-эпидемиологические требования, относятся государственные санитарно-эпидемиологические правила (санитарные правила, санитарные правила и нормы, санитарные нормы, гигиенические нормативы), включающие:

- санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний человека, благоприятных условий его проживания, труда, быта, отдыха, обучения и питания;

- критерии безопасности и (или) безвредности факторов обитания человека, гигиенические или иные нормативы, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровья человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

На территории Кыргызской Республики действуют Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование осуществляется органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики и включает в себя:

- разработку единых требований к проведению научно-исследовательских работ по обоснованию санитарных правил;
- контроль над проведением научно-исследовательских работ по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию;
- разработку (пересмотр), экспертизу, утверждение, введение в действие и опубликование санитарных правил;
- контроль над внедрением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения;
- регистрацию и систематизацию санитарных правил, формирование и ведение единой республиканской базы данных в области государственного санитарно-эпидемиологического нормирования.

Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики осуществляет издание санитарных правил и методик контроля факторов среды обитания на государственном и официальном языках.

Одной из задач службы общественного здравоохранения является профилактика заболеваний, связанных с **неблагоприятным воздействием физических факторов** на организм человека. На контроле находятся вопросы ввода и эксплуатации передающих радиотехнических объектов, эксплуатация компьютерного оборудования в школьных классах и других учреждениях и т.д. При этом в республике до настоящего времени нет достаточного потенциала в части обеспечения контроля за воздействием источников физических факторов.

Урбанизация жизни требует новых подходов к вопросам профилактики и охраны здоровья населения, что в дальнейшем должно отразиться на принципах и механизмах контроля.

Оценка факторов риска в окружающей среде проводится специалистами НПО «Профилактическая медицина», а также Государственного агентства по охране окружающей среды и лесного хозяйства при Правительстве КР. В НПО «Профилактическая медицина» имеются специалисты, обученные методикам и методам оценки факторов риска в окружающей среде на специальных семинарах и мастер-классах.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и Европейским планом действий по окружающей среде и здоровью детей, по инициативе Министерства здравоохранения разработан проект «Программы по гигиене окружающей среды и здоровью детей в Кыргызской Республике на 2010-2012 годы», в котором определены меры по достижению целей региональных приоритетных задач. Важными условиями для выполнения данной программы являются: совершенствование законодательной базы в области гигиены окружающей среды и здоровья детей, политическая воля и повышение роли общественности в улучшении здоровья и среды обитания детей, укрепление межведомственного и международного сотрудничества, и обеспечение адекватного финансирования намеченных мероприятий.

Важным компонентом обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия страны должна быть разработка технических регламентов в области охраны окружающей среды. Нормирование осуществляется Санитарными нормами и правилами, которые разрабатываются Службой общественного здравоохранения. Центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводятся лабораторно-инструментальные исследования воздуха рабочей зоны. Государственное агентство по охране окружающей среды и лесного хозяйства при Правительстве КР осуществляет исследование атмосферного воздуха.

В НПО «Профилактическая медицина» имеется Отдел гигиены окружающей среды и токсикологии, занимающийся эпидемиологией заболеваний, связанных с воздействием факторов окружающей среды. Отдел ведет совместные научные исследования с ведущими научными центрами Европы и стран СНГ. Выполняется научно-исследовательская работа «Совершенствование системы информационного мониторинга за безопасностью питьевой воды и продуктов питания».

Принято Постановление Правительства КР от 21.09.2004, №705, «Об утверждении Положения о социально-гигиеническом мониторинге в Кыргызской Республике». С участием сотрудников НПО ПМ подготовлено «Второе национальное сообщение Кыргызской Республики по рамочной конвенции ООН об изменении климата». В рамках реализации Европейского плана действий по гигиене окружающей среды и здоровью детей подготовлена в новой редакции «Программа по гигиене окружающей среды и здоровью детей в Кыргызской Республике на 2010-2012 годы».

## **Б. Контроль за факторами окружающей среды, представляющими угрозу для здоровья**

### **Качество воздуха**

В целях усиления контроля за атмосферным воздухом принят Закон Кыргызской Республики «Об охране атмосферного воздуха» от 12.06.2001, № 51. Уполномоченным государственным органом в области контроля атмосферного воздуха является Государственное агентство по охране окружающей среды и лесного хозяйства при Правительстве КР.

Нормирование осуществляется Санитарными нормами и правилами (СанПиН), Гигиеническими нормативами (ГН), и Методическими указаниями (МУ).

На базе Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» функционирует лаборатория, осуществляющая исследовательские работы по заявкам практического здравоохранения по выявлению факторов риска и причинно-следственных связей на различных производственных участках. Загрязнение окружающей среды и атмосферного воздуха обуславливает возникновение ряда заболеваний населения в экологически неблагоприятных зонах. Заболеваемость является наиболее характерной, официально регистрируемой реакцией на вредное воздействие окружающей среды, и отражает как длительное, так и хроническое действие загрязнителя. В частности, к болезням риска относятся заболевания органов дыхания, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки, врожденные пороки развития и злокачественные новообразования. В последние годы в республике наметилась тенденция роста заболеваемости новорожденных детей. Наибольшее распространение имеют аномалии костно-мышечной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и пищеварительной систем, а также множественные пороки развития.

Экологическая обстановка, особенно в городах, продолжает оставаться неудовлетворительной. Основными причинами ухудшения состояния атмосферного воздуха продолжают оставаться выбросы ТЭЦ, котельных, в которых происходит замена природного газа на высокотеплотворное твердое топливо. Отмечается прогрессирующее снижение эффективности работы пыле-газо-улавливающих сооружений, которые не ремонтируются из-за отсутствия средств, на действующих предприятиях используется устаревшее, изношенное оборудование.

Существенным загрязнителем атмосферного воздуха являются производства строительных материалов, отработанные газы технически устаревшего, неисправного автотранспорта, малые литейные производства и отопительные печи частного сектора. Удельный вес подержанных машин, эксплуатирующихся с превышением загазованности и токсичности выбросов, составляет более 50% среди ведомственных автопарков и 40% - среди автомашин, находящихся в личной собственности граждан. Проведенные анализы загрязнения атмосферного воздуха показывают, что в результате работы транспорта ежегодно в атмосферу городов республики поступает более 15 тысяч тонн токсичных загрязняющих веществ. Запыленность воздуха в отдельные периоды года в 10 раз превышает предельно допустимые концентрации в густонаселенных районах.

Несмотря на спад производства и уменьшение объемов загрязняющих веществ, поступающих в атмосферный воздух г. Бишкек, географическое расположение города способствует возникновению интенсивных приземных и приподнятых инверсий, ухудшающих условия рассеивания загрязняющих веществ в приземном слое.

### **Качество воды**

Одним из приоритетных направлений деятельности службы общественного здравоохранения республики остается контроль за безопасностью питьевого водоснабжения в соответствии с Законом Кыргызской Республики «О питьевой воде».

В соответствии с Законом Кыргызской Республики «Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике» рабочей группой разработаны проекты общего технического регламента «О безопасности питьевой воды» и технического регламента «О безопасности бутилированной воды».

На сегодня водопроводной водой обеспечивается 87,2% населения республики. Вместе с тем, более 660 тыс. человек продолжают использовать воду из оросительных каналов и рек, что усугубляет санитарно-эпидемиологическую обстановку и зачастую является причиной крупных вспышек инфекционных заболеваний, передающихся водным путем. 88% систем хозяйственно-питьевого централизованного водоснабжения республики используют воду подземных источников (944 водопровода) и 18% - открытых водоемов (127 водопроводов). В соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями, питьевая вода должна быть безопасной в эпидемиологическом и радиационном отношении, безвредной по химическому составу и иметь благоприятные органолептические свойства. Основными причинами низкого качества питьевой воды остаются: продолжающееся антропо-техногенное загрязнение поверхностных и подземных вод, факторы природного характера (повышенное содержание минеральных веществ в воде водоносных горизонтов), отсутствие или ненадлежащее состояние зон санитарной охраны водисточников, отсутствие технологических решений водоподготовки, негативная обстановка с тампонажем и консервацией недействующих артезианских скважин, низкое санитарно-техническое состояние существующих водопроводных сетей и сооружений, отсутствие в большинстве сельских населенных пунктов специализированной службы по эксплуатации водопроводных сооружений,

осуществление производственного контроля в недостаточном объеме, нестабильная подача воды.

В числе причин сброса недостаточно очищенных сточных вод: наличие малоэффективных, не отвечающих современному уровню развития канализационных очистных сооружений; слабый производственный контроль; неудовлетворительная эксплуатация морально и физически устаревших и не соответствующих по мощности объему сброса сточных вод очистных сооружений; практически все они требуют реконструкции и устройства установок глубокой очистки сточных вод.

Хозяйственно-бытовые сточные воды городов и районных центров очищаются на 20 муниципальных очистных сооружениях с пропускной способностью 719,8 тысяч м<sup>3</sup>/сутки. Из имеющихся 350 сооружений по очистке сточных вод 40 % не обеспечивают нормативной очистки стоков. Недостаточное развитие централизованной системы канализации, отсутствие эффективного удаления бытовых и промышленных отходов, многочисленные мойки автомашин и массовая застройка водоохраных зон поверхностных водоемов и водотоков остро ставят проблему эпидемиологической безопасности водных объектов.

Служба общественного здравоохранения осуществляет контроль за качеством строительства систем водоснабжения, которое финансируется донорскими организациями (ВБ, АБР и т.д.), принимает участие в проведении тендеров по закупке оборудования, материалов для строительства, реконструкции и ремонта объектов водоснабжения.

Во всех регионах центрами государственного надзора проводятся лабораторные исследования качества питьевой воды по показателям безопасности.

Ежегодно исследуется до 20-22 тысяч проб воды. В зависимости от категории центров Госсанэпиднадзора - от 5 до 28 показателей. Число исследований в год составляет 220-230 тысяч проб воды.

В пилотных регионах (Нарын, Иссык-Куль и Талас) внедрена компьютерная программа мониторинга за качеством и безопасностью воды, финансируемая Евросоюзом.

Исследования по качеству воды открытых водоемов осуществляется ГАООС и ЛХ при Правительстве КР.

Существует система эпидемиологического надзора, которая предусматривает определение факторов и причинно-следственных связей при вспышках заболеваний.

В республике организованы сельские общественные объединения потребителей питьевой воды (СООППВ), которые поддерживаются донорскими организациями.

### **Безопасность пищевых продуктов**

Важным показателем остается безопасность пищевых продуктов. Приоритетными направлениями в работе центров Госсанэпиднадзора остаются оценка структуры питания, влияние питания на здоровье населения, контроль за безопасностью продовольственного сырья и пищевых продуктов при их производстве, хранении, транспортировании и реализации, профилактика возникновения и распространения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний (йододефицитных состояний, пищевых отравлений и др.).

Не первый год наблюдается изменение структуры питания населения. Уменьшилось потребление биологически ценных продуктов - яиц, мяса и мясопродуктов. Увеличилось потребление хлебобулочных и макаронных изделий, сахара, растительного масла, овощей и бахчевых.

Основная масса населения республики питается неполноценно, с большим дефицитом физиологических норм по белкам, жирам, витаминам, микроэлементам, при избыточном употреблении углеводов, что приводит к нарушениям обменных процессов, снижению иммунитета, росту заболеваемости.

Жаркий климат республики благоприятствует контаминации пищевых продуктов различными микроорганизмами. В результате воздействия многочисленных факторов продукты питания могут стать потенциальными источниками опасных веществ не только химической, но и биологической природы.

Микробиологическая чистота продуктов питания напрямую зависит от санитарного состояния объектов, наличия современного технологического оборудования, механизации технологических процессов производства, минимального использования ручного труда на предприятиях пищевой промышленности, соблюдения принципа товарного соседства, наличия холодильного оборудования, соблюдения правил транспортирования различных видов продуктов, сроков годности, профессиональной подготовки персонала пищевых объектов, соблюдения ими правил личной гигиены.

До 31 декабря 2010 г. действовали утвержденные санитарные нормы и правила, которые утратили силу 1 января 2011 г. согласно Закону Кыргызской Республики «О нормативных правовых актах». В настоящее время все требования по показателям безопасности включены в разработанные проекты технических регламентов по видам пищевой продукции (17 технических регламентов находятся в стадии завершения разработки и согласования).

Санитарно-эпидемиологическая экспертиза позволяет проводить оценку безопасности пищевых продуктов.

В течение года центрами Госсанэпиднадзора исследуются до 60 тысяч проб и проводятся до 140-160 тысяч исследований по показателям безопасности с целью оценки риска, обусловленного продуктами питания и продовольственным сырьем.

Предусмотрено отделение оценки риска от управления риском, для этого функционируют соответствующие структурные подразделения, наделенные полномочиями.

Центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора постоянно проводится контроль содержания пестицидов, микотоксинов, токсичных элементов и других показателей безопасности пищевых продуктов. Так, только в 2009 г. лабораториями ЦГСЭН проведено 26186 исследований проб продуктов питания на содержание хлорорганических и фосфорорганических пестицидов и других токсичных веществ. Объем забракованной пищевой продукции, не соответствующей требованиям по показателям безопасности, составил 116019 кг, что позволило не допустить указанное количество продуктов питания на рынок.

В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача КР № 33 от 23.07.2007 «О введении в действие Методического указания по расследованию пищевых отравлений», специалистами Госсанэпиднадзора осуществляется эпид.

расследование вспышек пищевых отравлений, когда проводятся мероприятия по установлению возможных причинно-следственных связей с пищевым фактором, с последующим использованием лабораторно-инструментальных методов.

Ограниченность финансовых средств не позволяет проводить исследовательские работы в достаточном объеме.

### **Потребительские товары, косметика и игрушки**

В соответствии с принятыми нормативно-правовыми актами Правительства КР, центрами государственного санитарно-эпидемиологического надзора проводится работа по контролю за безопасностью потребительских товаров на всех этапах их обращения путем проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы, в том числе за парфюмерно-косметической продукцией и игрушками.

По результатам проведенного анализа регулятивного воздействия и с принятием постановления Правительства Кыргызской Республики от 5 июня 2009 г., №367, «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Кыргызской Республики от 25 февраля 2004 г. №103 «Об утверждении Реестра разрешительных документов, выдаваемых органами исполнительной власти и их структурными подразделениями»» приостановлена выдача свидетельств о государственной регистрации потенциально токсических химических веществ, а также выдача лицензий на производство мыло-моющих и парфюмерно-косметических средств.

В соответствии с постановлением Правительства КР от 1 апреля 2009 г., № 206, «Об утверждении перечней товаров, ввозимых в Кыргызскую Республику, подлежащих фитосанитарному контролю и санитарно-эпидемиологическому контролю при перемещении через государственную границу Кыргызской Республики» утвержден перечень товаров, ввозимых в Кыргызскую Республику и подлежащих санитарно-эпидемиологическому контролю при перемещении через государственную границу Кыргызской Республики. В данный перечень входят игрушки, косметические средства.

Имеются СанПиНы, Методические указания по оценке риска потребительских товаров, утвержденные Главным государственным санитарным врачом КР.

В настоящее время, Министерство здравоохранения КР, совместно с Министерством экономического регулирования КР, разрабатывает проект технического регламента «О безопасности детских игрушек» и принимает участие в разработке проекта технического регламента ЕврАзЭС «О безопасности парфюмерно-косметической продукции». Также подготовлен проект постановления Правительства КР «О ветеринарном, фитосанитарном, санитарно-эпидемиологическом контроле за производимой, ввозимой, вывозимой из Кыргызской Республики продукцией и грузами», которым будет утвержден новый перечень товаров, продукции, подлежащих санитарно-эпидемиологическому контролю и Положение о порядке проведения санитарно-эпидемиологического контроля за производимой, ввозимой, вывозимой продукцией.

Одним из приоритетных направлений является токсиколого-гигиеническая оценка продукции товаров народного потребления. Лабораторный контроль осуществлялся не только санитарно-химическими методами, но и с применением токсикологических тестов на лабораторных животных, которые составляют 23% от общего количества исследований. Внедрен экспресс-метод биотестирования для оценки общей токсичности различных видов продукции.

В 2009 г. токсикологическими лабораториями исследовано 2992 образца продукции товаров народного потребления, проведено 6016 исследований, выявлено 1,86% отклонений от ПДК. Проведенные лабораторные исследования ввозимой продукции подтвердили необходимость гигиенического исследования детских игрушек, посудохозяйственных изделий, изготовленных из полимерных и других синтетических материалов. Из 477 проб детских игрушек 55 проб, изготовленных из пластизоля, не отвечали гигиеническим нормативам по содержанию стирола и фенола (превышение составило от 2 до 70 раз), а из 23 проб посуды из меламин в 9 выявлена миграция формальдегида с превышением предельно-допустимых концентраций от 4 до 53 раз.

Однако, во многих районных центрах отсутствуют токсикологические лаборатории и соответствующие обученные специалисты по токсикологии.

### **Медицинские отходы**

В 2009 г. в двух районах осуществлялась реализация пилотного проекта по управлению медицинскими отходами в сельских стационарах. Ввиду доступности, простоты, эффективности и устойчивости модели по управлению медицинскими отходами в сельских стационарах, в 2009 г. проведены обучающие семинары для персонала в Национальном госпитале (НГ) и начат процесс внедрения технологии автоклавирования медицинских отходов в НГ при поддержке ВОЗ, ГФСТМ и Швейцарского правительства (Институт экопредпринимательства). Проектом предусматривался ремонт помещений для инсталляции автоклавов, установка автоклавов и обеспечение емкостями для сбора медицинских отходов. В рамках проекта KFW для лабораторий диагностики ВИЧ/СПИД закуплены 34 автоклава, а в рамках ГФСМТ по компоненту СПИД для 18 ЛПО республики были закуплены автоклавы, которые предназначены для утилизации медицинских отходов. В настоящее время со стороны SDC рассматривается вопрос финансирования внедрения системы УМО по опыту нарынских стационаров в Иссык-кульской области, однако пока этот вопрос не решен.

В области **гигиены труда** имевшиеся ранее достижения утрачиваются. В советское время в Кыргызстане имелись крупные промышленные производства со своей сетью медсанчастей, действующей системой врачебно-трудовой экспертизы и выплатой компенсаций по заболеваниям и травмам, возникшим в результате трудовой деятельности. Сейчас это сохранилось лишь в единичных промышленных компаниях (Кумтор, Хайдаркенский ртутно-сурьмяной комбинат, Кара-балтинский золоторудный комбинат). Безопасность труда в Кыргызской Республике регулируется Законом Кыргызской Республики «Об охране труда» от 1 августа 2003 г., №167, Трудовым Кодексом Кыргызской Республики от 4 августа 2004 г., №106, а также специальными нормативами, санитарными нормами и правилами.

Однако в республике еще не создан достаточно эффективный механизм обеспечения заинтересованности работодателей в создании и поддержании здоровых и безопасных условий труда.

Улучшение условий труда, сокращение профессиональных заболеваний и производственного травматизма, укрепление здоровья работников зависят от состояния экономики в целом и реализации законодательства в области обеспечения общественного здравоохранения.

Министерство здравоохранения КР наладило сотрудничество с рядом министерств и ведомств по вопросам контроля за обеспечением безопасности труда на рабочем месте.

Приказами Министерства здравоохранения КР установлены порядок, принципы, правила медицинского освидетельствования, утвержден перечень контингентов лиц, подлежащих медицинскому осмотру, перечень профессий и объем обследований.

Факторы риска определены в соответствующих Санитарных нормах и правилах и Программах производственного контроля в зависимости от профиля предприятия.

Воздействие факторов риска в рабочей зоне контролируется центрами Госсанэпиднадзора с проведением инструментальных и лабораторных методов исследований.

Согласно Приказу Минздрава КР «О порядке извещения, расследования, регистрации и учета профессиональных заболеваний» от 13.09.2002 г., №385, ведется регистрация, расследование и учет профессиональных заболеваний. Имеется список профессиональных заболеваний, утвержденный постановлением Правительства Кыргызской Республики от 14 июля 1995 г., № 285.

К сожалению, не все предприниматели создали условия для недопущения развития профессиональной и производственно-обусловленной заболеваемости, и допускают работников к профессиональной деятельности без учёта, а иногда и вопреки медицинским заключениям.

На многих объектах по-прежнему наблюдается резкое сокращение объемов работ и финансирования мероприятий по улучшению условий труда работающих. Комплексные планы улучшения условий, охраны труда и санитарно-оздоровительных мероприятий на многих предприятиях выполняются не более чем на 50%, либо не разрабатываются вообще, финансирование их осуществляется в ограниченных объемах. Не решаются вопросы финансирования программ производственного контроля.

Проводимые проверки выявляют низкий уровень санитарной культуры, производственной дисциплины, отсутствие комплекса санитарно-профилактических мероприятий, слабое знание руководителями малого бизнеса и частных предприятий требований законодательства в области охраны труда.

В последние годы санитарно-техническое состояние объектов надзора имеет тенденцию к улучшению, о чем свидетельствуют результаты проводимых исследований по микроклимату, освещенности, излучению электромагнитного поля (ЭМП). Однако процент отступления от санитарных норм и правил по шуму (на 26,6%) и вибрации (на 31,8%) на исследованных объектах остается высоким, что указывает на низкий уровень механизации технологических процессов.

Загрязнение воздуха рабочих мест пылью и химическими веществами имеет место на предприятиях горнодобывающей, угледобывающей промышленности, на предприятиях по добыче и переработке ртути и сурьмы, на объектах машиностроения, транспорта и связи, в строительной индустрии, легкой промышленности.

Продолжается практика привлечения, в нарушение трудового законодательства, к полеводческим и животноводческим работам, в качестве временных работников, подростков 15-17-лет без официального оформления их на работу в установленном порядке, с продолжительностью рабочего дня 11-12 часов.

Охват периодическими медицинскими осмотрами остался на прежнем уровне – около 90%.

С участием специалистов центров Госсанэпиднадзора республики многими субъектами предпринимательства разработаны и приняты программы производственного контроля по улучшению условий и охраны труда.

**Основные сильные стороны:**

- *Налажена система отбора проб из систем хозяйственного водоснабжения и природных водоисточников, в том числе проведение полевых исследований в экспедиционных условиях.*
- *Наличие лабораторий, имеющих возможность проводить микробиологические и физико-химические исследования воды.*
- *Налажена система предупредительного и текущего санитарно-эпидемиологического надзора, экспертизы продукции при производстве, ввозе и реализации.*
- *Наличие токсикологических лабораторий, подготовленных и обученных кадров.*
- *Подготовлен общий технический регламент «Требования к безопасности пищевых продуктов и процессов их производства, хранения, перевозки, реализации и утилизации». В ходе подготовки проекта проанализированы и по возможности учтены требования ФАО/ВОЗ «Codex Alimentarius», директивы Европейского Союза, требования ВТО.*
- *Функционирует оснащённая лабораторная база.*

**Основные слабые стороны:**

- *Низкая оснащённость современным лабораторным оборудованием в районных центрах Госсанэпиднадзора.*
- *Отток обученных кадров.*
- *Запрещение курения в учреждениях и общественных местах не соблюдается.*
- *Работы, выполняемые по международным грантам, слабо интегрированы с возможностями службы общественного здравоохранения.*

**Рекомендации:**

- *Необходимо разработать технические регламенты по товарам, оказывающим прямое и косвенное воздействие на здоровье (например, косметика, игрушки, одежда).*
- *Необходимо разработать программу действий или стратегию по разделу "Охрана здоровья" для служб общественного здравоохранения страны.*

#### **4.5 Профилактика заболеваний**

**Определение области действия:**

Профилактика заболеваний нацелена как на инфекционные, так и на неинфекционные болезни, а профилактические мероприятия, в основном, осуществляются на индивидуальном уровне. Профилактика заболеваний должна включать первичную профилактику (вакцинация детей, взрослых и пожилых людей); вакцинацию или постэкспозиционную профилактику лиц, подвергшихся воздействию инфекционного заболевания. Профилактика заболеваний включает в себя предоставление информации о поведенческих и медицинских рисках, а также консультирование и меры по их снижению на индивидуальном уровне и уровне сообщества; системы и процессы для обеспечения участия первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи в программах по профилактике заболеваний; производство и поставки вакцин для детей и

взрослых; обеспечение резерва вакцин в тех случаях, когда это необходимо; и производство и поставки пищевых добавок.

Профилактика также включает в себя вторичную профилактику, а именно скрининговые программы для ранней диагностики заболеваний; программы по материнскому и детскому здравоохранению, включая скрининг и профилактику врожденных пороков развития; производство и поставки веществ для химиопрофилактики; производство и поставки скрининговых тестов для ранней диагностики заболеваний и способность удовлетворить существующие или потенциальные потребности.

## **А. Первичная профилактика**

Плановая иммунизация детей и взрослых осуществляется согласно национальному календарю прививок, который разработан на основе международных рекомендаций и периодически пересматривается с включением новых вакцин. Имеется система учета профилактических прививок и отчетности по ним, включая карту профилактических прививок (Ф.063). В национальном календаре прививок предусматривается иммунизация взрослого населения, а также иммунизация по эпидемиологическим показаниям. Работа по иммунопрофилактике заболеваний учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) проводится в тесном контакте с эпидемиологами ЦГСЭН. Медицинские работники определяют контингент, подлежащий иммунизации, и рассчитывают потребность в вакцинах. Эпидемиологи обобщают информацию по обслуживаемой территории и обеспечивают поставку вакцин с соблюдением холодового режима. Далее специалисты ЦСМ проводят процедуру иммунизации, а эпидемиологи ведут надзор за поствакцинальными осложнениями и соблюдением холодовой цепи. В целях обеспечения бесперебойного снабжения республики вакцинными препаратами для иммунизации детского населения были разработаны основные направления сотрудничества между Кыргызской Республикой и Азиатским банком развития на 2005 – 2007 гг. по проекту «Развитие детей раннего возраста на уровне общин». Для обеспечения холодовой цепи в 2006 году в рамках данного проекта закуплено 150 бытовых холодильников для оснащения прививочных пунктов организаций здравоохранения и 47 холодильников для хранения вакцинных препаратов на уровне городских и районных ЦГСЭН на общую сумму 100,475 долларов США.

В случае заболевания управляемой инфекцией или возникновения поствакцинальных осложнений, специалист ФАП, ЦОВП, ГСВ/ЦСМ информирует ЦГСЭН. Эпидемиолог ЦГСЭН проводит эпидемиологическое расследование, по итогам которого, совместно с работниками ЦСМ, принимаются меры по профилактике и предотвращению таких случаев.

В настоящее время для стимулирования первичных профилактических услуг, предоставляемых на индивидуальном уровне, и для оплаты соответствующих первичных профилактических индивидуальных услуг, сформирован пакет государственных гарантий (ПГГ) на 2010 г., который утвержден Правительством. Данные услуги включают:

- проведение мероприятий по охране и укреплению здоровья, формированию здорового образа жизни;
- проведение иммунизации в рамках Национального календаря профилактических прививок и по эпидемиологическим показаниям;
- проведение противоэпидемической работы в очагах при выявлении инфекционных заболеваний;

- обучение больных и членов их семей самоконтролю, само- и взаимопомощи.

Эти предложения с финансовыми расчётами, после их обсуждения на круглом столе с участием руководителей и специалистов республиканских организаций общественного здравоохранения, были представлены рабочей группе, формирующей ПГГ на 2010 г., в конце октября 2009 г., а в ноябре-декабре были представлены в Правительство для утверждения.

В республике реализуется программа компьютерного слежения за инфекционными заболеваниями, которая успешно внедрена в 22 районных, городских и областных ЦГСЭН.

## **Б. Профилактика заболеваний**

**ВИЧ/СПИД.** Медицинские организации осуществляют забор анализов крови в лабораториях ВИЧ/СПИД по клиническим показаниям и группам риска, а также по обращаемости. Они подают экстренные извещения в территориальные ЦГСЭН на каждого выявленного больного СПИДом или ВИЧ-инфицированного, занимаются диспансеризацией ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Организации общественного здравоохранения проводят забор проб на ВИЧ/СПИД по обращаемости, группам риска и по дозорному эпиднадзору (ДЭН) в лабораториях областных центров по борьбе с ВИЧ/СПИД. Кроме этого, они проводят учет, регистрацию, анализ заболеваемости, эпидемиологические расследования, выявление ВИЧ-инфицированных и контактных, психо-социальное консультирование, а также осуществляют контроль за диспансеризацией, отвечают за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, выносят вопросы на обсуждение на заседаниях местных госадминистраций и советов по здравоохранению.

**Туберкулез.** Лечебная сеть проводит обследование детей, подростков и обратившихся пациентов, госпитализацию и лечение, обследование членов семьи больного, вакцинацию. Районные ЦГСЭН проводят учет, регистрацию, анализ заболеваемости и эпидемиологических показателей по туберкулезу, заключительную и текущую дезинфекцию членов семьи больного, обучение их мерам личной профилактики, а также контроль за проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий. Согласно действующим нормативным документам и программе ДОТС, районные ЦГСЭН выносят вопросы на обсуждение на заседания местных госадминистраций и советы по здравоохранению, ГАООС и ЛХ.

В Кыргызстане проблемы недостаточности питания и микронутриентов (микроэлементы и витамины) среди детей были и остаются чрезвычайно актуальными. По данным MICS (2006 г.), среди детей в возрасте 0-59 месяцев каждый седьмой ребенок (13,7%) отстает в росте на -2СО и более, а 3,7 % детей имеют выраженную форму (-3СО) низкорослости. В то же время распространенность острой формы нарушений питания встречается только у 3,9% детей, что соответствует биологически допустимым показателям на популяционном уровне. Этот факт еще раз подтверждает серьезность растущей проблемы микронутриентной недостаточности, в т.ч. анемии среди населения, которая негативно влияет на состояние здоровья детей в Кыргызстане, и указывает на назревшую необходимость использования инновационных подходов.

Причиной снижения мышечной массы у детей и линейного роста является плохое питание: низкий (35,6%, MICS, 2006 г.) охват исключительно грудным вскармливанием (ИГВ), слишком раннее (с 1-2 месячного возраста - 12,5%, ИЦОМ и Д, ЮНИСЕФ, 2008 г.)

или позднее (после 6-ти месяцев - 43,2%) введение прикорма, недостаточная кратность приемов (91,6%) и низкая энергетическая плотность и минимальное разнообразие прикорма (80,9%).

По данным последующих исследований, в отдельных областях показатель ИГВ колеблется в пределах 13-29% (ЮНИСЕФ, 2008 г.).

### **Профилактика йододефицитных состояний**

В целях проведения неотложных мероприятий, в сентябре 1994 года Правительство Кыргызской Республики приняло Постановление «О ликвидации йододефицитных расстройств среди населения Кыргызской Республики». В 2000 г. в республике был принят закон «О профилактике йододефицитных заболеваний», который запрещает импорт, производство и продажу нейодированной соли.

### **Профилактика железодефицитных заболеваний**

В целях искоренения железодефицитной анемии (ЖДА) в Кыргызской Республике осуществляются следующие стратегии:

- Саплементация препаратов железа целевым группам (женщины фертильного возраста, дети раннего возраста);
- Фортификация муки;
- Изменение привычек питания;
- Контроль над инфекционными и паразитарными заболеваниями.

При поддержке ЮНИСЕФ, в республике осуществляется пилотный проект «Профилактика и борьба с анемией», в рамках которого производится раздача препаратов железа женщинам фертильного возраста, беременным женщинам и детям до 2 лет. Этот проект также имеет компонент по обогащению пшеничной муки солями железа, для чего на трех крупных мелькомбинатах (Кара-балтинском, Карасуйском и Бишкекском) установлено специальное оборудование.

**Исследования, проведенные в 1997-2002 гг.** Пилотными районами внедрения саплементации были Нарынская область (1998-2000 гг.) и Кара-суйский район Ошской области (2001-2002 гг.). В пилотных районах использовались стратегии:

- Саплементация железа и фолиевой кислоты
- Обучение медперсонала
- Информирование населения

Изучение результатов саплементации в пилотных районах показало отсутствие положительной динамики показателей распространенности ЖДА среди детей раннего и женщин фертильного возраста.

**Исследования, проведенные после 2005 г.** Клиническое испытание «спринклза».

В Кыргызской Республике было проведено клиническое испытание приемлемости использования препарата железа «спринклз». Преимуществом данного препарата является отсутствие побочных явлений (препарат прошел испытание в 18 странах мира) и удобство в использовании. Кроме того, «спринклз» содержит fumarat железа, аскорбиновую кислоту, фолиевую кислоту, цинк, витамин А, что улучшает усвоение железа и позволяет использовать его в профилактике дефицита других микронутриентов.

Испытание проводилось в ноябре 2005 г. в Ат-башинском районе Нарынской области под патронажем Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР и осуществлялось Национальным центром охраны материнства и детства совместно с

Кыргызско-Швейцарским проектом поддержки реформ в здравоохранении. Финансовую и техническую поддержку в проведении исследования оказали ЮНИСЕФ и АБР.

Первичный мониторинг был проведен с 13.02 по 23.02.2006 г. Анкетированы: 421 ребенок, 80 беременных и 163 женщины, кормящие грудью.

Получено подтверждение положительного влияния препарата на распространенность ЖДА у детей. В настоящее время внедрена программа саплементации витаминно-минеральной пищевой добавкой «Гүлазык» детям в возрасте от 6 до 24 месяцев и полимикронутриентными таблетками беременным женщинам и кормящим матерям в Таласской области. Планируется внедрение саплементации спринкльза «Гүлазык» среди детей в возрасте 6-24 мес. на всей территории страны.

**Фортификация муки.** Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 29.01.1996 г. за № 39 была утверждена программа «О профилактике железодефицитной анемии среди населения Кыргызской Республики». Основной целью данной программы являлось обеспечение населения республики обогащенной (фортифицированной) железом мукой. В целях реализации данной программы, при поддержке АБР и ЮНИСЕФ, на 10 мукомольных предприятиях установлено технологическое оборудование по фортификации муки железом. Для фортификации муки используется премикс КАП-1. В состав премикса входят элементарное железо, цинк, тиамин (витамин В1), рибофлавин (витамин В2), никотиновая и фолиевая кислоты.

В целях внедрения в работу организаций ПМСП и в учебные программы высших и средних учебных заведений рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению железодефицитной анемии у детей, подготовлен Приказ МЗ КР (№ 309 от 26.07.2005) «О проведении обучающих семинаров среди сотрудников ЦСМ и медицинских высших и средних учебных заведений по профилактике и лечению железодефицитной анемии».

В целях внедрения в работу организаций ПМСП рекомендаций ВОЗ по профилактике и лечению железодефицитной анемии и дефицита витамина А у детей и женщин, подготовлен Приказ МЗ КР (№ 255 от 22.05.2006) «О проведении обучающих семинаров для руководителей ГСВ ЦСМ южного региона республики».

С целью подготовки Национальных тренеров по вопросам нутрициологии, разработан Проект обучающих тренингов для сотрудников отдела питания и ведущих специалистов ЛПУ республики по актуальным вопросам питания детей раннего возраста, беременных женщин, кормящих матерей и женщин фертильного возраста. Проект одобрен и профинансирован Детским фондом ЮНИСЕФ.

Для реализации данного Проекта подготовлен Приказ МЗ КР (№ 256 от 22.05.2006 г.) «О проведении обучающих семинаров по проблемам витаминно-минеральной недостаточности». Обучающие тренинги проведены экспертами ВОЗ, все участники (25 человек) тренингов получили сертификаты о прохождении полного курса обучения по модулю «Национальные стратегии по питанию».

### **Профилактика недостатка витамина А**

Основанием для проведения в Кыргызстане «Недели витаминизации» витамином А послужили:

- высокий показатель детской смертности в республике за 1997-2003 гг. (от 20,9 до 28,2 на 1000 детей до 5 лет);

- высокая заболеваемость респираторными и кишечными инфекциями среди детей до 5 лет (до 377,2 и 54,1 на 1000 детей соответственно);
- преобладание в структуре детской смертности летальных случаев от респираторных и кишечных инфекций (34,6% и 13,9% соответственно);
- наличие дефицита витамина А в сыворотке крови у 32,9% детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет (по результатам выборочного исследования, проведенного в Ошской и Нарынской областях республики в 2003 г.).

Исходя из этого, было принято решение охватить витаминизацией всех детей от 6 месяцев жизни до 5 лет, родильниц и кормящих женщин в течение 8 недель после родов.

Саплементация (массовая витаминизация) витамина А в Кыргызской Республике проводится при поддержке Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ) и нацелена, в первую очередь, на защиту здоровья детского населения, повышение иммунного статуса, снижение младенческой и детской смертности. Проведение массовой саплементации витамина А среди детского населения республики снизит риск развития инфекционных заболеваний, дефицита железа, заболеваний органов зрения. Для достижения более высокой эффективности профилактики дефицита витамина А, ВОЗ рекомендует проводить саплементацию два раза в год.

Для успешной реализации поставленной цели Министерством здравоохранения был издан Приказ № 260 от 01.06.2004, предусматривающий разработку и принятие всего комплекса мер для проведения саплементации витамина А на территории Кыргызской Республики.

В целях детальной подготовки к проведению саплементации витамина А, Министерством здравоохранения Кыргызской Республики был разработан и реализован оперативный план мероприятий, включающий проведение макро- и микропланирования по всем регионам республики. Подготовлена «Инструкция по проведению саплементации витамина А в Кыргызской Республике», определены потребности в материально-техническом оснащении. Проведены областные семинары по обучению медицинских работников, задействованных в саплементации. Подготовлены материалы по социальной мобилизации населения.

Для проведения эффективного мониторинга готовности лечебно-профилактических учреждений к проведению саплементации, обеспечения своевременности поставок витамина А, должного охвата, а также для принятия исчерпывающих оперативных мер в случае выявления каких-либо нарушений или проблем, при Министерстве здравоохранения был создан оперативный штаб, куда вошли ведущие специалисты республиканских учреждений.

Средства массовой информации, включая телевидение, радио и печатные издания, широко освещали необходимость и пользу витаминизации. Выпущены постеры (6000 экз.), буклеты (6000 экз.), видео- и аудиоролики по 15 и 30 сек. продемонстрированы на телеканалах КТР, ОРТ и на «Радио 21 века». Обучено 470 медработников.

При технической поддержке ЮНИСЕФ, начиная с 2004 г., витаминизация детей данного возраста проводится 2 раза в год.

### **Профилактика недостатка витамина Д**

Профилактика недостатка витамина Д проводится в плановом порядке, согласно методическим рекомендациям Министерства здравоохранения, на уровне ПМСП.

### **Профилактика инфекционных заболеваний**

Успешно реализуются Национальная программа по элиминации малярии в Кыргызской Республике на 2010-2015 гг. (утверждена Постановлением Правительства от 30.03.2010, №188); Национальный план по противодействию пандемии птичьего гриппа; Национальный план по иммунопрофилактике на 2006-2010 гг.; Целевые комплексные программы по борьбе с паразитарными заболеваниями на 2007-2011 гг., по борьбе с вирусными гепатитами на 2006-2010 гг.; Государственная программа по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 гг.. Реализация программ Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом, малярией обеспечивает проведение комплекса мер по преодолению данных инфекций и их социально-экономических последствий.

С 2008 г. в республике практикуется проведение акции массовой дегельминтизации среди населения. Из 7 областей и 2 городов (Бишкек, Ош) республики в 2-х областях и в г. Ош проведены 2-х кратные акции, где пораженность населения различными паразитами снизилось с 73% до 15%.

В течение 2009 г. был выполнен большой объем работы по недопущению пандемии высокопатогенного птичьего гриппа, которая проводилась в соответствии с разработанными конкретными планами мероприятий, утвержденными соответствующим постановлением Правительства КР.

В связи с тем, что в республике имеются природные очаги и участки потенциально опасных зооантропонозных инфекций, специализированные учреждения (Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций, противочумные отделения и отделы центров Госсанэпиднадзора) осуществляют регулярное слежение за состоянием их активности и проводят оценку факторов риска для населения, проживающего на этих территориях, а также декретированных групп. Контроль обеспечивается технологическими службами самих производств, путем внедрения производственного контроля и механизмов системы контроля качества.

Постановлением Правительства Кыргызской Республики определены государственные органы, осуществляющие государственный надзор за качеством и безопасностью продукции и товаров на всех этапах обращения (ввоз, хранение, производство, реализация). В 50 центрах Госсанэпиднадзора республики функционирует бактериологические лаборатории, включая 20 базовых.

Утвержден Комплексный план совместных действий и мероприятий, позволяющий своевременно реагировать на изменение эпидемиологической ситуации, обусловленной возникновением зооантропонозных инфекций. В случае регистрации зооантропонозных заболеваний, таких как сибирская язва, бруцеллез, бешенство среди людей, информация передается ветеринарным учреждениям и совместно проводятся эпидрасследования, профилактические и противоэпидемические мероприятия. При необходимости проводятся совместные исследования со службой охраны окружающей среды, которая также имеет лабораторную базу для определения ряда показателей объектов окружающей среды (вода, воздух, почва и т.д.).

Имеется возможность проведения векторного контроля в соответствии с принятыми нормативными документами.

По нормативно-правовым актам Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, на каждый случай инфекционного заболевания подается экстренное извещение в территориальный центр Госсанэпиднадзора, где эпидемиологами проводится мониторинг и оценивается ситуация по нозологиям. При этом немедленно проводится расследование вспышки, если заболевание опасное (с тяжелым течением, высокой вероятностью госпитализации, осложнений или смерти) или имеет высокий потенциал широкого распространения.

За последние 5 лет в республике зарегистрировано 5 случаев вспышки инфекционных заболеваний. Каждый случай вспышки расследуется врачами эпидемиологами, при необходимости вовлекаются санитарные врачи и ветеринарные работники, курсанты (эпидемиологи) 2-х годичного курса прикладной эпидемиологии АЕТР, CDC. При расследовании вспышки обязательно применяется стандартное определение случая (дефиниция) и проводится подсчет случаев. Например:

1. В 2006 г. в городе Каракол Иссык-кульской области, в конце марта и в начале апреля было выявлено 87 больных с диагнозами ОКИ, из них бактериологически подтвержден диагноз бактериальной дизентерии у 23 больных (Шигелла Флекснера 2а). Большинство больных связывали своё состояние с употреблением некипяченой инфицированной воды, что подтверждается лабораторно (выделано Шигелла Флекснера тип –2 а).

2. В 2010 г. с середины апреля и до мая зарегистрирована вспышка брюшного тифа в Филиале республиканской больницы «Психического здоровья» в с. Чым-Коргон Кеминского района с 11 пострадавшими, из них у 3-х была выявлена дизентерия. Вспышка установлена эпидемиологическим расследованием по клиническим показаниям и подтверждена лабораторно.

В Кыргызской Республике имеется положительный опыт профилактики заболеваний с вовлечением местных сообществ. В 2009 г. была проведена оценка деятельности координационных советов по общественному здравоохранению в Ат-башинском и Жаилском районах, на которые был распространен пилотный проект т.н. Тонской модели. В целом, деятельность новых координационных советов была оценена как положительная. Так, районный Координационный совет по общественному здравоохранению в Ат-башинском районе был создан 20.02.09 г. на базе районного ЧППК и районного Многосекторального координационного комитета по ВИЧ/СПИД и состоит из 9 человек. По инициативе Министерства здравоохранения и при технической поддержке ЮСАИД/Здрав плюс в Ат-башинском районе был проведен ряд семинаров по улучшению работы в области общественного здравоохранения с привлечением работников Ат-башинской районной госадминистрации, работников народного образования ветеринарной службы, ЦСМ, ТБ, ЦГСЭН, СКЗ и других служб. За 9 месяцев существования комитета улучшилось взаимодействие между районным центром Госсанэпиднадзора и айыл окмоту (местная администрация), сельским комитетом здоровья, кабинетом укрепления здоровья ЦСМ, НПО, местным сообществом в области общественного здравоохранения. Также повысилась оперативность и эффективность решения вопросов и координация деятельности. Например:

Впервые был составлен план по профилактике бруцеллеза с участием всех районных государственных служб и сообществ, задействованных в борьбе с бруцеллёзом. В процессе выполнения мероприятий проводится мониторинг деятельности, практикуются совместные выезды в села работников КУЗ ЦСМ, ЦГСЭН, ветеринарных и других служб. В каждом айыл окмоту создана и функционирует комиссия по ликвидации бруцеллезных животных в составе работников айыл окмоту, участковых милиционеров, врачей, учителей, религиозных работников, работников молодежных и женских комитетов, СКЗ и совета аксакалов. Силами СКЗ было проведено обучение по использованию средств индивидуальной защиты. Привлекаются предприниматели, коммерсанты, фермеры района для оказания финансовой помощи представителям бедных слоев населения при ликвидации единичных бруцеллезных коров.

### **Профилактика неинфекционных заболеваний**

В соответствии с положениями Концепции развития службы общественного здравоохранения, Закона Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», служба общественного здравоохранения страны занимается и неинфекционными заболеваниями. Несмотря на небольшой промежуток времени со времени принятия этих документов, уже принят ряд законодательных нормативных актов. Разработаны системы эпидемиологического надзора за двумя неинфекционными заболеваниями (ЙДЗ, ЖДЗ). С 2004 года ежегодно, 2 раза в год, проводится саплементация витамином А детей до 5-летнего возраста и рожениц (в 2010 г. в апреле проведен 11 тур саплементации) с целью повышения сопротивляемости организма к инфекциям и профилактики неинфекционных заболеваний, таких как ксерофтальмия, кератомалация, пятно Бито и других заболеваний, связанных со зрением.

В настоящее время реализуется Закон Кыргызской Республики «О профилактике йододефицитных заболеваний». Постановлением Правительства КР от 19.01.2010 г., № 22, утверждена Программа действий по снижению уровня ЙДЗ в Кыргызской Республике на 2010-2014 гг. Кроме этого, принят Закон Кыргызской Республики «Об обогащении муки хлебопекарной» и распоряжение Правительства по её реализации. На 32 предприятиях мукомольной промышленности освоен выпуск муки с добавлением минерально-витаминизированных премиксов, содержащих железо; лаборатории оснащены соответствующим оборудованием.

Была разработана и внедрена система эпиднадзора за йододефицитными заболеваниями (ЙДЗ) и железodefицитными заболеваниями (ЖДА). В стране на протяжении последних 4-х лет проводится саплементация витамином А детей до 5-летнего возраста с целью снижения уровня нарушений, обусловленных дефицитом витамина А.

В связи с высокой приоритетностью, в стране разработаны долгосрочные программы по борьбе с основными неинфекционными заболеваниями, в т.ч. с сердечно-сосудистыми (Национальная стратегия контроля сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике на 2009-2013 гг.). В Иссык-кульской, Жалал-абадской, Чуйской, Баткенской областях проведена кампания по профилактике артериальной гипертензии. Для проведения кампании разработан модуль «Высокое артериальное давление», по которому специалисты КУЗ проводили обучение медработников ГСВ/ФАП, руководителей СКЗ, выпущена брошюра для СКЗ и групп действия (ГД).

Тревожная ситуация продолжает сохраняться в сфере выявления и диагностики **профессиональных заболеваний**. Отмечается низкое качество проводимых медицинских осмотров, редко выявляются подозрения на профессиональные заболевания при имеющих

место нарушениях в части надлежащих условий труда и бытового обслуживания работающих. Регистрация случаев инфекционных заболеваний среди медицинских работников не увязывается с их профессиональной деятельностью. Не в полном объеме решаются вопросы иммунизации медработников против вирусного гепатита В.

Более 30,000 человек в стране работают в условиях, которые не соответствуют санитарно-гигиеническим стандартам. Среди них 11,000 человек работают в условиях с высоким уровнем загрязнения воздуха и 9,000 в условиях сильного шума. В целом, 13% исследованных рабочих мест имели загрязненность воздуха пылью, превышающую допустимые показатели, и 10% рабочих мест имели превышение стандартов по газообразным загрязнителям. В ходе обследования работников, приблизительно, у 2% из них были диагностированы профессиональные заболевания. В Иссык-кульской области данный показатель достигает 9%.

В целях **предупреждения травматизма** и снижения последствий дорожно-транспортных происшествий, Правительство Кыргызской Республики приняло постановление «Об утверждении Плана мероприятий по обеспечению безопасности дорожного движения в Кыргызской Республике на 2009-2011 годы» от 25 декабря 2008 г., №721. Совместно с Европейским региональным бюро ВОЗ (Боннский офис) в 2009 г. проводились исследования по травматизму, подготовлен отчет «Анализ ситуации с травматизмом в Кыргызской Республике».

В структуре Министерства труда и социального развития КР имеется Центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов (МСЭ РИ) с территориальными подразделениями, который представляет информацию по случаям травм, приведших к инвалидности. Для взрослого и детского населения используется ведомственная статистическая форма отчетности по статистике инвалидности, утвержденная Национальным статистическим комитетом, которая ведется согласно годовой отчетной форме с последующей публикацией.

Страны-участники Четвертой конференции (Будапешт, 2004 г.) министров здравоохранения и министров охраны окружающей среды приняли на себя обязательства по разработке Планов действий по окружающей среде и здоровью детей, для принятия конкретных мер по снижению воздействия вредных факторов окружающей среды на здоровье детей. В 2007 г. результатом работы межведомственной рабочей группы явилась разработка Национального профиля состояния здоровья детей и окружающей среды Кыргызской Республики. В Национальном профиле были сформулированы четыре приоритетные задачи, в частности, проблема травматизма признана региональной приоритетной задачей. Эта региональная приоритетная задача Национального профиля ориентирована на разработку мероприятий, направленных на предупреждение и снижение ущерба здоровью, связанного с травмами и несчастными случаями.

Работа по предупреждению травматизма от дорожно-транспортных происшествий проводится в тесном сотрудничестве с Главным Управлением по безопасности дорожного движения МВД КР и Министерством образования и науки. Регулярно проводятся профилактические мероприятия по предотвращению детского дорожно-транспортного травматизма – месячники по безопасности дорожного движения, в рамках которых проводятся рейды под названием «Внимание, дети!», повсеместно используются рекламные щиты, билборды и мониторные табло для привлечения общественности к профилактике детского травматизма на дорогах.

На территории г. Бишкек во время профилактических мероприятий сотрудниками Отдела безопасности дорожного движения ГУБДД, МВД КР совместно с представителями Отдела образования проводится работа по составлению дислокации постов инспекторов дорожно-патрульной службы в местах расположения школ, составляются планы и графики занятий, проводятся беседы и лекции «О нормах общественного поведения и необходимости соблюдения Правил дорожного движения» с привлечением участковых уполномоченных милиции, инспекции по делам несовершеннолетних.

Вблизи учебных заведений произведено обследование улиц и дорог, по результатам которого внесены коррективы в организацию дорожного движения с обновлением дорожных знаков и разметок.

Были составлены графики дежурств личного состава подразделений БДД совместно с членами отрядов юных инспекторов дорожного движения (КОИДД) вблизи школ и дошкольных учреждений. При этом для повышения эффективности профилактических мероприятий используются сигнально-громкоговорящие установки (СГУ) патрульных автомашин. В ходе проведения данного мероприятия для учеников начальных классов разрабатываются и вносятся в дневники маршруты безопасного передвижения «Дом - Школа - Дом», организованы дежурства педагогического состава перед началом занятий и после их окончания.

Во исполнение указания Министра внутренних дел КР, в 2008 г. сотрудниками ГУБДД МВД КР проведены мероприятия в части повышения уровня ответственности автошкол за качество обучения и организацию учебного процесса, а также ужесточение правил приема экзаменов на получение водительских удостоверений в регистрационно-эксплуатационных отделах (РЭО). Совместно с представителями Совета водителей транспортных средств (СВТС) были подготовлены и изданы буклеты Правил дорожного движения на кыргызском и русском языках, а также компакт-диски по ПДД для проведения компьютерных тренингов. Также были подготовлены три демонстрационных фильма (по обучению навыкам вождения в экстремальных и сложных погодных условиях, правилам дорожного движения, и организации безопасности дорожного движения). Были изданы цветные плакаты на кыргызском и русском языках по Правилам дорожного движения (все группы знаков).

В отношении **профилактики насилия** в Кыргызской Республике с 2004 г. проводится 16-дневная акция по предотвращению насилия в отношении женщин. Так, во исполнение распоряжения Правительства Кыргызской Республики от 21 ноября 2008 г., №605-р, «О Плане мероприятий по проведению с 25 ноября по 10 декабря 2008 г. ежегодной информационной кампании "16 дней против насилия в отношении женщин"» Министерством труда и социального развития были проведены мероприятия, направленные на информирование общественности о предотвращении насилия. Были проведены круглые столы, семинары по обсуждению этой проблемы, женщинам из социально-уязвимых слоев, при поддержке территориальных органов, была оказана гуманитарная помощь.

Служба общественного здравоохранения осуществляет, совместно с МЧС, контроль за обеспечением **радиационной безопасности** населения. С целью недопущения ввоза в республику незаявленных источников ионизирующего излучения, на пунктах ввоза грузов осуществляется радиационный контроль. Проведено 222829 измерений на транспортных средствах, исследовано 322 пробы воды, 415 проб продуктов питания и продовольственного сырья, превышений по содержанию цезия не выявлено. Выполнено

1540 исследований строительных материалов на соответствие показателей радиационной безопасности установленным требованиям.

Разработан проект по оказанию технической помощи республике со стороны МАГАТЭ на 2007-2008 гг. для обеспечения контроля за радиационной безопасностью в Кыргызской Республике.

**Основные сильные стороны:**

- *Существуют правительственные документы, ведомственные планы мероприятий по питанию и физической активности.*
- *В МЗ КР реализуются программы по профилактике микронутриентной недостаточности (йод, железо), питанию беременных и кормящих женщин и детей до 2 лет через ПМСП в партнерстве с сельским комитетами здоровья (СКЗ).*
- *Наличие стратегий по питанию беременных и кормящих женщин и детей до 2 лет.*
- *Наличие законодательных, правовых, нормативных актов по контролю над табаком, включая ратификацию Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ).*
- *Наличие Межсекторального координационного совета по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака при Правительстве Кыргызской Республики.*
- *Наличие Краткосрочного плана действий по реализации Государственной программы по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака в Кыргызской Республике на 2008-2015 гг.*
- *В Национальном профиле (2007 г.) состояния здоровья детей и окружающей среды Кыргызской Республики были сформулированы четыре приоритетные задачи, в том числе, проблема травматизма. Мероприятия Национального профиля направлены на разработку мер, направленных на предупреждение и снижение ущерба здоровью, связанного с травмами, несчастными случаями.*
- *В целях снижения тяжести последствий от ДТП, между ГУБДД МВД КР Общественным объединением "Национальное общество Красного полумесяца Кыргызской Республики" заключен договор о безвозмездном обучении по 12-ти часовой программе всех сотрудников службы БДД Правилам оказания квалифицированной доврачебной первой помощи пострадавшим, с выдачей соответствующих сертификатов.*
- *Наличие национального календаря прививок, разработанного на основе международных рекомендаций, его периодический пересмотр и включение новых вакцин.*
- *Наличие более 1600 стационарных прививочных пунктов, где работают обученные вакцинаторы.*
- *Наличие хорошей логистической системы распределения и хранения вакцинных препаратов.*
- *Наличие взаимосвязанной системы учета профилактических прививок и отчетности по ним, включая карту профилактических прививок (Ф.063).*
- *Наличие подготовленных высокопрофессиональных тренеров на национальном и областном уровнях.*
- *Программа иммунизации интегрирована в ПМСП, т.к. проведение вакцинаций непосредственно осуществляется в МО ПМСП.*
- *Разработана компьютерная программа учета и отчетности по иммунизации, которая будет внедрена на уровне ПМСП и позволит автоматически*

*осуществлять планирование профилактических прививок, вести учет и формировать отчетность.*

- При содействии международных организаций, на уровне пилотных регионов внедряется ряд ключевых программ в системе охраны материнства и детства (Обеспечение безопасной беременности/содействие эффективной перинатальной помощи; перинатальная программа; материнский аудит, грудное вскармливание, первичная реанимация новорожденных, методология BABIES, критерии живо- и мертворождения, рекомендованные ВОЗ, больница доброжелательного отношения к ребенку, ИВБДВ, и т.д.).*
- В стране разработана «Национальная стратегия контроля сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике на 2009-2013 гг.», в которой предусмотрено проведение скрининговых исследований.*
- Периодически, по инициативе национальных центров, Министерства здравоохранения или непосредственно Правительства КР, организуются экспедиции в отдаленные труднодоступные регионы страны для скринингового обследования населения.*

### **Основные слабые стороны:**

- Отсутствие ежегодного мониторинга распространенности потребления табачных изделий.*
- Отсутствие комплексного подхода в решении вопроса с употреблением алкоголя.*
- Отсутствие официальной статистики по масштабам употребления алкоголя.*
- Наркологическая служба не видит себя в системе общественного здравоохранения, работает с лечебным сектором.*
- Среди общего населения программы по профилактике потребления наркотических средств не ведутся.*
- Отсутствие разработанной стратегии, направленной на предотвращение травматизма и насилия.*
- Не осуществляется оценка мер и услуг в области психического здоровья на ежегодной основе.*
- Нет комплексной программы по гигиене полости рта как части общественного здравоохранения.*
- Отсутствие регистра или общей базы данных по привитым детям на республиканском уровне, что затрудняет установление прививочного статуса, особенно среди мигрантов.*
- Отсутствие национального плана по усилению социальной мобилизации населения в вопросах иммунизации.*
- Отсутствие специальной формы учета профилактических прививок у взрослого населения. Регистрация проводится только в амбулаторной карте больного, что затрудняет правильное планирование прививок среди взрослого контингента.*
- Из-за недостаточности бюджетных средств дальнейшая институционализация пилотных программ по охране материнства и детства затруднена.*
- Недостаточная координация и интеграция программ в существующую систему здравоохранения, а также трудности с мониторингом после окончания пилотного проекта снижают их эффективность.*

### **Рекомендации:**

- Разработать новые механизмы более полной регистрации профилактических прививок, с учетом взрослого населения, на основе компьютерных программ с созданием базы данных.*
- Разработать и внедрить скрининговые программы.*

- *Разработать национальный план по социальной мобилизации населения в вопросах иммунизации.*
- *Разработать комплексную программу по гигиене полости рта и профилактике кариеса.*
- *Провести исследования по оценке масштабов потребления алкоголя и наркотических веществ.*
- *Разработать подход по осуществлению мониторинга употребления табачных изделий.*

### **Международные медико-санитарные правила (ММСП)**

Мероприятия по предотвращению распространения карантинных и особо опасных болезней в республике, борьба с ними и ответные меры на уровне общественного здравоохранения осуществляются в соответствии с Законами КР «Об общественном здравоохранении», «О государственной границе Кыргызской Республики», Таможенным кодексом Кыргызской Республики, другими нормативными правовыми актами, а также на основании Международных медико-санитарных правил ВОЗ (2005 г.).

В настоящее время действует постановление Главного государственного санитарного врача КР от 01.02.2008, №3, «Об утверждении Медико-санитарных правил по предупреждению заноса/завоза опасных болезней, товаров и грузов на территорию Кыргызской Республики». Все разработанные нормативно-правовые акты и информация, касающиеся санитарно-эпидемиологического благополучия в республике и в сопредельных странах, рассылаются по электронной почте центрам Госсанэпиднадзора районов и областей, с последующим предоставлением информации в бумажном варианте всем лечебно-профилактическим организациям Министерства здравоохранения для исполнения. Постановлением Главного государственного санитарного врача Кыргызской Республики от 03.06.2009, № 30, Национальным координатором по Международным медико-санитарным правилам назначен директор Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций.

В соответствии с нормативными документами Минздрава, ежеквартально в лечебных организациях проводятся межсекторальные (ЦГСЭН, стационары, ЦСМ) тренировочные учения по особо опасным и карантинным заболеваниям для формирования практических навыков у врачей, с последующей корректировкой планов действий.

Имеются соглашения между Правительствами республик Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Таджикистан, Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Молдова и Украина в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и санитарной охраны территорий государств-участников Содружества Независимых Государств, в соответствии с которыми стороны обязуются немедленно информировать друг друга о возникновении карантинных заболеваний и других особо опасных инфекций, а также имеются соглашения между государствами – членами Шанхайской организации сотрудничества.

Подготовлен и согласован со всеми заинтересованными министерствами и ведомствами проект Постановления Правительства «О внедрении медико-санитарных правил на территории Кыргызской Республики». По данному проекту даны замечания со стороны Министерства юстиции, в настоящее время проект находится на стадии доработки.

Подготовлено и отправлено письмо в ВОЗ о подтверждении национального координатора по ММСП (Международные медико-санитарные правила).

Своевременно, согласно требованиям ММСП, предоставляется информация о случаях заболеваний.

В данное время, согласно Рамочной программе мониторинга ММСП, заполняется контрольный вопросник с указанием индикаторов мониторинга прогресса в процессе осуществления основных возможностей ММСП в государствах-участниках.

В настоящее время продолжается работа, совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами (таможенная, пограничная, ветеринарная, фито-санитарная, миграционная, и др. службы), по Национальной стратегии комплексного управления государственной границей. Данная стратегия будет направлена на усиление безопасности при пересечении границы, как лицами, так товарами и грузами.

### **Лабораторная поддержка исследования факторов, представляющих угрозу здоровью**

В стране существует 50 центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора и во всех центрах имеется санитарно-бактериологические лаборатории.

В настоящее время аккредитованы на соответствие требованиям международного стандарта ИСО/МЭК 17025 лаборатории семи ЦГСЭН (ДГСЭН, Иссык-кульский, Жайылский РЦГСЭН, Каракольский и Токмоцкий ГЦГСЭН, СЭС КЖД). Поданы заявки на аккредитацию лаборатории Ат-башинского, Нарынского, Кара-сууйского, Кадамжайского РЦГСЭН и ЦГСЭН г. Бишкек. В лабораториях продолжается работа по подготовке к аккредитации на соответствие международному стандарту.

В рамках проекта Всемирного банка «Контроль подготовленности по противодействию пандемии птичьего гриппа» закуплено 25 компьютеров, дизельный генератор, 10 автомобилей, 3000 комплектов средств индивидуальной защиты одноразового использования и 260 комплектов многократного использования, лабораторная мебель, посуда, реагенты, дезсредства и расходные материалы, оборудование (тепловизоры, ИВЛ, рентген-аппарат), антибиотики, вакцины против сезонного гриппа.

В целях повышения качества и расширения микробиологической, молекулярно-генетической диагностики заболеваний на современном уровне, на базе Департамента Госсанэпиднадзора организован Центр микробиологических и молекулярно-генетических исследований.

Внедрена Программа системы внешнего контроля качества (ВОК) лабораторной диагностики инфекционных болезней. Имеются методы испытания и процедуры по системе качества во всех лабораториях центров Госсанэпиднадзора, в том числе, в 20 базовых лабораториях.

Налажено взаимодействие с лабораториями организаций, Государственной ветеринарной службы, Государственного агентства охраны окружающей среды, частными лабораториями в проведении сличительных и других испытаний и исследований.

Продолжается работа по укреплению биологической безопасности и биозащиты населения. В соответствии с межправительственным Соглашением с Правительством Канады, ратифицированным Жогорку Кенешем КР, установлен контроль за подготовкой проекта строительства биологической лаборатории BSL-3 общей стоимостью 40 миллионов долларов США, услугами которой будут пользоваться как ветеринарные, так и медицинские работники.

Большое внимание уделяется внедрению новых методов исследований, укреплению технической базы лабораторной службы. Всего по республике внедрено 13 новых методов испытаний. Внедрен экспресс-метод биотестирования для оценки общей токсичности различных видов продукции.

На базе Департамента Госсанэпиднадзора и Кара-сууйского районного центра Госсанэпиднадзора функционируют отделы, осуществляющие радиационный контроль за ввозимыми и вывозимыми грузами, товарами и багажом, а также контроль за радиационной безопасностью населения республики. С целью повышения уровня знаний и навыков специалистов, обеспечивающих контроль за радиационной безопасностью, проведены курсы регионального и национального уровня с охватом 23-х специалистов из заинтересованных министерств и ведомств. А 18 специалистов измерительных и испытательных лабораторий территориальных центров Госсанэпиднадзора прошли обучение по темам: ИСО МЭК 17025 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий» и «Подготовка разработчиков и внутренних аудиторов системы менеджмента качества на соответствие требованиям международных стандартов серии ИСО 9001».

Внедрена в практику методика определения концентрации радона в жилых и общественных зданиях с помощью альфа - трековых детекторов, что позволит определять среднегодовую концентрацию радона с охватом большого количества объектов.

В центре микробиологических и молекулярно-генетических исследований ДГСЭН внедряется методика исследования продукции на генетически-модифицированные организмы (ГМО).

Дозорный эпиднадзор проводится за актуальными инфекционными заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, грипп, паразитарные болезни, вирусные гепатиты и др. в рамках республиканского бюджета и средств донорских организаций. Данные дозорного эпиднадзора, после проведения анализа в базе данных, обсуждаются на конференциях с последующей подготовкой рекомендаций по улучшению эпиднадзора за данными инфекциями.

Разработана и утверждена Приказом Министерства здравоохранения КР № 212 «Целевая программа внешней оценки СПИД». Проведена оценка 10 ведущих лабораторий республики, выполняющих исследования на ВИЧ, вирусные гепатиты В и С. Получена, внесена в компьютерную программу и обрабатывается информация по 95 лабораториям республики. Созданы средства оценки качества тест-систем (стандартные панели сывороток). Разработано методическое руководство по обеспечению и внутрилабораторному контролю качества в иммуноферментном анализе.

Проведена экспертная оценка и диагностическая эффективность 32 наименований тест-систем, поступающих на регистрацию и перерегистрацию в Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛОиМТ).

В настоящее время 7 ЦГСЭН подтвердили компетентность своих лабораторий на соответствие требованиям международного стандарта ИСО МЭК 17025.

В соответствии с Законом КР «Об основах технического регулирования», аккредитация проводится на основе добровольности, открытости и доступности.

В соответствии с Законом КР «Об обеспечении единства измерений» от 10 августа 2010 г., №149, уполномоченный орган по государственному метрологическому надзору ежегодно проводит инспекционный контроль объектов, независимо от форм собственности, в целях осуществления проверки средств измерений, выполнения требований технических регламентов, стандартов.

Имеются методы испытания и процедуры по контролю системы качества во всех лабораториях центров Госсанэпиднадзора республики, в том числе в 20 базовых лабораториях.

Республиканский научно-практический центр контроля качества лабораторной диагностики инфекционных болезней проводит внешний контроль лабораторной диагностики в соответствии с Программой системы внешнего контроля качества (ВОК). Центром внедрено 11 новых методик лабораторных исследований по программе внешнего контроля качества.

В соответствии с планом мероприятий по реализации «Концепции по развитию лабораторной службы», стандартные методы лабораторной диагностики внедряются в лаборатории всех территориальных больниц и центров Госсанэпиднадзора.

Разработаны стандарты аккредитации для больниц первичного, вторичного, третичного уровня, включающие вопросы качества лабораторной диагностики, оснащения лабораторий, квалификации врачей-лаборантов. Аккредитация проводится независимой Медицинской аккредитационной комиссией с привлечением специалистов по лабораторной диагностике из ДГСЭН.

Кроме того, Республиканский научно-производственный центр контроля лабораторной диагностики инфекционных болезней осуществляет инспекцию стандартов контроля качества лабораторий.

Проведен мониторинг внешней оценки качества диагностики ВИЧ-инфекции в 24 лабораториях и вирусных гепатитов В и С в 35 лабораториях. Министерством здравоохранения КР внедряется программа внешней оценки качества диагностики ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Оценка проводится методом профессионального тестирования с использованием референс-панели и методом обследования лабораторий на местах для оценки их материально-технического и профессионального потенциала, а также для оказания консультативной помощи. В 2008 г. была дополнительно разработана и аттестована референс-панель контрольных образцов для оценки качества лабораторной диагностики сифилиса.

В 2008 г. в программе ВОК приняло участие 38 лабораторий. Результаты программы ВОК (2008 г.) по ВИЧ показали рост числа лабораторий, достигших стопроцентного уровня правильности при тестировании на анти-ВИЧ (с 30% в 2004 до 67% в 2008 г.). В 2008 г. 90,1% единиц донорской крови было проверенно на ВИЧ с обеспечением качества лабораторной диагностики. Но в 2009 г. этот показатель существенно снизился, так как из-за отсутствия финансирования программой ВОК были охвачены не все лаборатории ВИЧ/СПИД.

Проведена оценка качества лабораторной диагностики хламидиоза, токсоплазмоза. Результаты оценки тестирования на хламидиоз показали, что ни одна из 13 участвующих в программе ВОК лабораторий не использовала для диагностики полный спектр определяемых классов антител к хламидии (IgA, IgM и IgG).

Проведено обследование 5 бактериологических лабораторий. Для оценки качества исследований антибиотикорезистентности внутрибольничных штаммов бактерий диско-диффузионным (ДДМ) методом была разработана информационная карта. Исследование продолжается.

Для обработки лабораторных проб используются Санитарные нормы и правила, Санитарные правила, Гигиенические нормативы, Методические указания, утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача КР, зарегистрированные в Министерстве юстиции КР, а также национальные и международные стандарты. Специалисты ежегодно проходят обучение с последующей аттестацией.

Проводятся курсы повышения квалификации для врачей-эпидемиологов и врачей-лаборантов микробиологических лабораторий, включающие вопросы обработки лабораторных проб, процессы сохранения, собирания, этикетирования, транспортировки и доставки лабораторных проб.

Разработаны руководства и протоколы, изданные в виде методических рекомендаций.

Республиканский научно-производственный центр контроля лабораторной диагностики инфекционных болезней провел комплексное обследование 5 бактериологических лабораторий.

Проведено исследование по изучению и сравнительной оценке методов диагностики сифилиса в донорской службе КР. Проведено исследование 2547 образцов сывороток крови доноров методом параллельного тестирования.

Проведено анкетирование врачей-лаборантов по вопросам обработки лабораторных проб, процессам сохранения, собирания, этикетирования, транспортировки и доставки лабораторных проб на антиген к вирусу гепатита. При выявлении HBsAg, наибольший процент лабораторий, давших правильные ответы, наблюдался на областном уровне (83,3%), на втором месте находились частные лаборатории (44,4%), и на третьем месте лаборатории районного уровня (28,6%).

В рамках реализации Концепции развития лабораторной службы на 2007-2010 гг., лаборатории ДГСЭН, а также Жайыльского, Иссык-кульского РЦГСЭН, Токмоцкого ГЦГСЭН получили сертификаты и прошли аккредитацию по ISO MEK 170025. Утверждение дополнений к Концепции позволило расширить возможности лабораторного звена, которое может оказывать лабораторные услуги как юридическим, так и физическим лицам, согласно поданным заявкам. С целью улучшения взаимодействия между ЦГСЭН и организациями здравоохранения, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, составлены типовые договоры на предоставление микробиологических диагностических исследований.

## 4.6 Укрепление здоровья

### **Определение области действия:**

Укрепление здоровья – это процесс предоставления людям возможности повысить контроль над своим здоровьем и его детерминантами, и, таким образом, улучшить его состояние. Укрепление здоровья – одно из основных действий общественного здравоохранения, которое помогает преодолеть инфекционные и неинфекционные заболевания и другие угрозы здоровью. Укрепление здоровья включает в себя следующие действия:

- Содействие изменению образа жизни, привычек и окружающей среды с целью развития «культуры здоровья» среди индивидуумов и сообществ;
- Образовательная и социальная коммуникация, нацеленные на содействие становлению здоровых условий жизни, здорового образа жизни, поведения и окружающей среды;
- Переориентация служб здравоохранения с целью развития таких моделей, которые содействуют укреплению здоровья;
- Укрепление межсекторального партнерства для более эффективных действий по укреплению здоровья;
- Оценка воздействия общественной политики на здоровье;
- Коммуникация риска (обмен информацией о риске)

Способы достижения этого включают в себя проведение мероприятий по укреплению здоровья (как для всего населения, так и для групп с повышенным риском наступления негативных последствий для здоровья) в следующих областях: сексуальное здоровье, психическое здоровье, поведение в отношении ВИЧ, контроль над употреблением наркотиков, контроль над употреблением алкоголя, физическая активность, профилактика ожирения, здоровое питание, безопасность пищевых продуктов, угрозы здоровью, связанные с выполняемой работой, профилактика травматизма, гигиена труда и гигиена окружающей среды.

Более широкое понятие укрепления здоровья включает в себя консультирование при разработке политики по факторам, представляющим риск для здоровья населения, политики по состоянию здоровья населения и потребностям в области здравоохранения, а также разработку стратегий для внедрения в разных условиях и информирование населения. В него также входит принятие во внимание детерминантов здоровья, особенно социальных или социально-экономических детерминантов, которые приводят к ухудшению здоровья населения.

Здоровый образ жизни – совокупность стереотипов поведения человека, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Формирование и поддержка стремления людей, местных сообществ к позитивным изменениям образа жизни, создание благоприятной среды, способствующей сохранению, укреплению здоровья и снижению воздействия факторов риска включают:

- создание мотиваций, условий соблюдения здорового образа жизни,
- выработку соответствующих умений и навыков,
- развитие физической культуры и спорта,
- внедрение в систему образования программ по укреплению здоровья и развитию навыков здорового образа жизни,
- участие в реализации программ по укреплению здоровья населения,

- укрепление психического здоровья и изменение стигматизирующего отношения общества к психическому здоровью и больным с психическими расстройствами (Концепции укрепления здоровья КР, 2003).

Деятельность по укреплению здоровья населения включает три компонента: информирование населения, оказание помощи и компонент политики (законодательный). Баланс между тремя компонентами деятельности зависит от стоящей проблемы здоровья, от того насколько эта проблема зависит от факторов риска, образа жизни, соответствующих услуг здравоохранения, от социальной (политической) среды. Основой для укрепления здоровья служит анализ причин заболеваний, четкое понимание того, что услуги здравоохранения являются одним из многих факторов, определяющих здоровье человека.

### **Концепция укрепления здоровья**

Концепция была принята в рамках программы реформирования сектора здравоохранения в 2003 г. и основывалась на принципах Оттавской хартии. Несмотря на то, что она было ведомственной (внутри сектора здравоохранения), Концепция выполнила свою миссию: создана служба укрепления здоровья как самостоятельная структура, она выведена из подчинения санэпидслужбы. На национальном уровне служба представлена Республиканским центром укрепления здоровья, однако на областном и районном уровнях служба интегрирована в центры семейной медицины. Это дает возможность планировать мероприятия по укреплению здоровья на первичном уровне. В конце 2008 г., при технической поддержке ВОЗ, разработана и принята программа «Укрепление здоровья населения КР на период 2009-2011гг.». Программа рассчитана на многосекторальный и мультидисциплинарный подход. Она предусматривает активное участие сообществ и учитывает их приоритеты.

В Кыргызстане уникальным подходом к укреплению здоровья населения является Действие сообществ по вопросам здравоохранения (ДСВЗ). ДСВЗ также является частью программы по реформированию здравоохранения «Манас таалими», и его распространение запланировано во всех селах страны. Три страны-донора поддерживают его продвижение в республике: Швейцария, США и Швеция. Кыргызская модель ДСВЗ (иногда ее называют «Жумгальская модель») впервые разработана в Жумгальском районе Нарынской области в 2003-2004 гг. Кыргызско-Швейцарским Проектом реформы здравоохранения в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения.

ДСВЗ в Кыргызстане опирается на убеждение, что местные сообщества могут увеличить свою способность контролировать явления, влияющие на их здоровье. Для того чтобы достичь этого, обществам нужна мотивация и поддержка в течение значимого времени. Для того чтобы сообщества действовали скоординировано, они должны быть организованы. Во многих селах Кыргызстана нет сильных добровольческих организаций, которые стали бы представителями сообщества. Поэтому подход ДСВЗ формирует сельские комитеты здоровья (СКЗ) в каждом селе. Эти СКЗ становятся центрами для подхода. Чтобы система здравоохранения могла вести деятельность с сообществами, ГСВ/ФАП, КУЗ, а так же областные/республиканские центры укрепления здоровья (РЦУЗ, ОЦУЗ) проходят обучение. ГСВ/ФАП и КУЗ осуществляют ДСВЗ в районах, ОЦУЗ и РЦУЗ контролируют и руководят ДСВЗ на областном и республиканском уровнях.

Первичная медико-санитарная помощь, группы семейных врачей (ГСВ) и фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) в Кыргызстане существуют повсеместно. Поэтому ГСВ и ФАП

являются идеальными учреждениями для предоставления начальной поддержки общинам и совместной деятельности по укреплению здоровья. На районном уровне услуги по укреплению здоровья оказываются кабинетами укрепления здоровья (КУЗ). Они обучают СКЗ и ГСВ/ФАП в рамках ДСВЗ и являются ключевыми агентами при осуществлении перемен в процессе ДСВЗ.

ДСВЗ имеет две задачи:

1. Дать возможность сельским сообществам самостоятельно действовать для улучшения их здоровья.
2. Дать возможность системе здравоохранения, – в особенности ПМСП и системе укрепления здоровья, – работать в партнерстве с сообществами для улучшения здоровья.

В 2007 г. Министерство здравоохранения приняло решение о расширении подхода «Участие сообществ в вопросах здоровья» (УСВЗ) посредством увеличения персонала кабинетов укрепления здоровья до минимального соотношения (1 сотрудник на 20000 населения) и повышения коэффициента трудового участия (КТУ) сотрудников КУЗов до уровня сотрудников ГСВ/ФАПов. К 2010 году по стране было создано 1135 СКЗ с охватом 2 110 000 человек населения. СКЗ реализуют мероприятия, связанные со здоровьем, и работают по разным вопросам общественного здравоохранения, таким как йододефицит, анемия, алкоголизм, бруцеллез, малярия и гигиена. Также готовятся мероприятия по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Несколько новых проектов начали сотрудничать с СКЗ наряду с двумя основными проектами, оказывающими поддержку УСВЗ. Учитывая, что заинтересованность доноров в сотрудничестве с СКЗ может с легкостью превысить их потенциал и готовность в реализации дополнительных программ, необходимо выработать процесс по отбору программ. СКЗ должны принимать участие в этом процессе.

### **Контроль за потреблением табака**

Кыргызская Республика ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака 2 марта 2006 г.. Принят Закон Кыргызской Республики «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака» от 21.08.06 г., №175. Постановлением Правительства Кыргызской Республики от 4.04.2008, №122, образован Координационный совет по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака при Правительстве Кыргызской Республики, утверждены Государственная программа по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака на 2008-2015 гг. и Краткосрочный план действий по ее реализации.

С целью предотвращения невольной подверженности действию окружающего табачного дыма (пассивное курение), согласно статье 7 Закона Кыргызской Республики «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака», с 1 апреля 2008 г. обеспечен полный запрет и контроль табакокурения в:

- в образовательных организациях всех уровней, организациях для отдыха детей, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности;
- в организациях здравоохранения, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности;
- в пожароопасных местах, включая автозаправочные станции;
- в кинотеатрах, театрах, спортивных помещениях и аренах, цирках, концертных залах и других закрытых организациях образования, культуры и спорта;
- в музеях, библиотеках, выставочных залах и лекториях;
- в салонах городских, междугородних автобусов, маршрутных такси и городского электротранспорта;

- на судах водного и воздушного транспорта;
- в лифтах;
- в любом рабочем помещении, где оказываются услуги населению.

За исключением специальных помещений, отведенных для курения, табакокурение запрещается:

- в зданиях и помещениях, занимаемых органами государственной власти и местного самоуправления;
- в зданиях и залах автостанций, автовокзалов, железнодорожных вокзалов и аэропортов;
- в поездах местного и дальнего сообщения;
- в местах общественного питания, где для курящих граждан выделяется не более 50 процентов площади, причем таким образом, чтобы дым не распространялся в помещение, свободное от табачного дыма.

С целью регулирования рекламы табака, стимулирования сбыта и спонсорства, внесены изменения и дополнения в Законы «О рекламе» и «О защите здоровья граждан от вредного воздействия табака», предусматривающие полный запрет рекламы табака и его изделий с 1 апреля 2009 г. Реклама табачной продукции разрешается только в местах торговли табачными изделиями в виде информационных листов или плакатов размером не более 2000 кв.см. Каждый рекламный плакат должен сопровождаться медицинским предупреждением о вреде курения, который составляет не менее 40% рекламной площади (с 1 апреля 2009 г. - в соответствии с Законом КР «О внесении дополнений и изменений в Закон Кыргызской Республики «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака» от 25 декабря 2009 г., № 316).

В соответствии со статьей 15 Закона КР «О защите здоровья граждан от вредного воздействия табака», запрещено стимулирование сбыта и продвижения табачных изделий через конкурсы, акции и проведение культурно-массовых мероприятий.

В целях регулирования состава, оформления упаковки и маркировки табачных продуктов и информирования потребителей, согласно статьям 10 и 11 Закона «О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака» Министерством здравоохранения были изданы приказы Министерства здравоохранения №425 от 19 августа 2008 г. «Об иллюстрированных медицинских предупреждениях о вреде курения на пачке и упаковке табачных изделий и требованиях к их оформлению», № 426 от 19 августа 2008 г. «О токсичных ингредиентах табачных изделий и составляющих табачного дыма».

Указанием Минздрава КР от 22.05.2009, № 227, утвержден персональный состав межведомственной экспертной рабочей группы и по итогам 3 заседаний Межведомственной экспертной рабочей группы подготовлены проекты приказов «О токсичных ингредиентах табачных изделий и составляющих табачного дыма» и «Об утверждении правил нанесения на пачку или упаковку табачных изделий предупредительных надписей и/или рисунков, пиктограмм, графиков о вреде потребления табачных изделий».

Однако, в связи с принятием Закона Кыргызской Республики «О нормативно-правовых актах» от 20.07.2009, № 24, в соответствии с пунктом 5 которого Министерство здравоохранения утратило право принимать (издавать) нормативно-правовые акты, Министерством экономического регулирования была создана рабочая группа по разработке проекта технического регламента на табачную продукцию, в работе которой

приняли участие представители Минздрава, Министерства сельского хозяйства, Национального института стандартизации и метрологии и другие заинтересованные лица. Данной рабочей группой подготовлен проект технического регламента на табачную продукцию, который в настоящее время проходит анализ регулятивного воздействия. Следует отметить, что параллельно идет разработка технического регламента ЕврАзЭС «О безопасности табачной продукции».

### **Контроль за потреблением наркотиков**

Программы по профилактике и контролю за употреблением наркотических веществ финансируются из средств Глобального фонда. Республиканский центр наркологии активно сотрудничает с НПО. В стране внедрена программа заместительной терапии, работает программа «12 шагов». В 1988 году утвержден Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах». До конца ноября 2009 г. при Правительстве функционировало Агентство по борьбе с наркотиками, которое было упразднено.

Есть учебные программы для молодежи в РЦУЗе, создана сеть волонтеров, которые могут обучать учащихся по принципу «равный – равному». GTZ, совместно с РЦУЗ, Министерством образования и Министерством молодежной политики, планирует внедрить комплексную программу по образованию молодежи и первичной профилактике наркомании и ВИЧ.

### **Сексуальное здоровье**

Женское и мужское здоровье всегда входит в десятку приоритетов, определяемых населением в селах. Для взрослого населения внедряется программа по профилактике инфекций репродуктивного тракта (ИРТ) совместно с ПМСП и СКЗ. Однако вопросы репродуктивного и сексуального здоровья (РСЗ) в сообществах очень закрыты. При поддержке ЮНФПА, был выполнен пилотный проект по образованию населения в вопросах РСЗ в двух районах Чуйской и Иссык-кульской областей. Проект продемонстрировал востребованность такого рода обучения в сообществах. Но повышение чувствительности взрослого населения к вопросам РСЗ – долгий и дорогостоящий процесс. РЦУЗ адаптировал методику обучения в вопросах РСЗ для учащихся школ по принципу «равный - равному». В настоящее время этой методике обучены учащиеся 670 школ республики. Планируется проведение мониторинга внедрения программы в этих школах и распространение этого опыта на другие школы страны.

### **Сотрудничество с другими органами, ответственными за обеспечение выполнения законов, имеющих отношение к охране здоровья**

Взаимодействие и сотрудничество между органами государственной власти и госадминистрациями осуществляется на разных уровнях на основании законодательства Кыргызской Республики, соответствующих двусторонних соглашений и, - в зависимости от взаимных интересов в выполнении каких-либо задач, - совместных исследований, проверок или разработки нормативов. В соответствии с Законом КР «Об основах технического регулирования», уполномоченным государственным органом в области разработки технических регламентов определено Министерство экономического регулирования КР. Разработка проектов законов и технических регламентов осуществляется рабочими группами из числа экспертов заинтересованных министерств, ведомств, неправительственных и международных организаций. Разработка нормативно-

правовых актов осуществляется в соответствии с требованиями Закона КР «О нормативно-правых актах» с обязательным согласованием с заинтересованными министерствами и ведомствами.

С целью координации деятельности министерств, государственных органов, местных государственных администраций по организации профилактических мероприятий и ликвидации эпидемий инфекционных заболеваний среди людей и эпизоотии среди животных, Постановлением Правительства КР от 16.03.2010 г., № 248, создана Республиканская чрезвычайная противоэпидемическая и противоэпизоотическая комиссия при Правительстве Кыргызской Республики. Данная комиссия создана на уровне областей и районов.

В обеспечении реализации закона по общественному здравоохранению, профилактические и противоэпидемические мероприятия организуются и проводятся со всеми министерствами, ведомствами и госадминистрациями местного самоуправления.

По инициативе Министерства здравоохранения тренировочные учения на случай возникновения чрезвычайных ситуаций проводятся совместно с МЧС, МСХ, госадминистрациями, МВД, Министерством науки и образования. Совместно с Министерством сельского хозяйства составлен комплексный план по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий при зоонозных заболеваниях. Имеется Национальный план на случай возникновения карантинных и особо опасных инфекций, согласованный с 9 министерствами и ведомствами. В своей работе по профилактике и противоэпидемическим мероприятиям по инфекционным заболеваниям медицинские службы министерств обороны и внутренних дел пользуются приказами Министерства здравоохранения.

Проекты разработанных и вновь пересмотренных законов, касающихся общественного здравоохранения, согласовываются со всеми министерствами.

#### **Основные сильные стороны:**

- *Существует и внедряется адаптированная образовательная программа для школьников по Репродуктивному и сексуальному здоровью (РСЗ).*
- *РЦУЗ МЗ КР проводит много обучающих семинаров для педагогов школ. В школах на уровне сел РЦУЗ активно привлекает школьный парламент в программы санитарного просвещения.*
- *В рамках Программы «Культура здоровья», разработанной межсекторальной рабочей группой на основе меморандума между Министерством здравоохранения и Министерством образования, имеется программа из 36 уроков по здоровому образу жизни для учащихся 1 - 11 классов.*
- *РЦУЗ проводит внутренний мониторинг и оценку программ по укреплению здоровья на разных уровнях: на уровне села через сельские комитеты здоровья, на уровне районов и области через кабинеты укрепления здоровья ЦСМ.*
- *Есть сеть СКЗ по стране, обученных методов работы с населением в вопросах укрепления здоровья и профилактики заболеваний.*
- *Участие сообществ – приоритетное направление программы «Манас таалими». По стране создано 1300 сельских комитетов здоровья (СКЗ). Совместно с СКЗ ежегодно внедряются около 12 программ по профилактике.*
- *Местные сообщества рассматривают алкоголь как проблему для здоровья и социальной среды, и ищут пути профилактики алкоголизма, пропагандируя новые традиции: не пить на похоронах.*

- *Наличие учебно-методического материала по здоровому образу жизни для педагогов школ, специалистов службы укрепления здоровья, СКЗ, НПО, религиозных, молодежных организаций.*
- *Имеются специалисты по укреплению здоровья в кабинетах укрепления здоровья.*
- *Наличие подготовленных высокопрофессиональных тренеров на национальном и областном уровнях.*

#### **Основные слабые стороны:**

- *Большинство семейных врачей не уделяют времени вопросам укрепления здорового образа жизни.*
- *Из-за отсутствия средств, школы в городах и районных центрах образовательной программой не охвачены.*
- *Материалы НПО по УЗ не прошли экспертизу и используются только в период выполнения программ НПО.*
- *Не отработаны механизмы участия городского населения в программах по укреплению здоровья (УЗ).*
- *Слабая информационная кампания в СМИ и низкий охват населения программами.*
- *Нет электронной базы данных, что облегчило бы анализ внедряемых программ.*
- *Не отработаны механизмы бюджетного финансирования таких программ по УЗ.*
- *Из-за недостаточности бюджетных средств дальнейшая институционализация пилотных программ по охране материнства и детства затруднена.*
- *Недостаточная координация и интеграция программ в существующую систему здравоохранения, трудности с мониторингом после окончания пилотного проекта снижают их эффективность*

#### **Рекомендации:**

- *Необходимо разработать и внедрить механизмы институционализации ДСВЗ.*
- *Необходимо пересмотреть программы подготовки семейных врачей по вопросам укрепления здоровья и разработать новую программу, с учетом современных требований.*
- *Разработать механизмы вовлечения городского населения в программы по укреплению здоровья.*

### **4.7 Оценка качества и эффективности услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ**

#### **Определение области действия:**

Разработка стандартов, обеспечивающих качество услуг здравоохранения для индивидуумов и сообществ в сфере профилактики заболеваний и укрепления здоровья, и оценка услуг на основе этих стандартов. Оценка должна выявлять недостатки в управлении и функционировании служб, обеспечении их ресурсами и оказании услуг потребителям. Результаты оценки должны быть отражены в политике, управлении, организации и обеспечении ресурсами и, таким образом, способствовать улучшению оказания услуг в здравоохранении.

В 2006 г. при Центре развития здравоохранения был создан отдел доказательной медицины. Отдел доказательной медицины ЦРЗ координирует разработку и внедрение клинических руководств в медицинскую практику, участвует в разработке лекарственных формуляров и перечня жизненно-важных лекарственных средств, проводит обучение специалистов здравоохранения по доказательной медицине, создает и поддерживает базы данных по доказательной медицине, обеспечивает информационную поддержку специалистов, участвующих в разработке клинических руководств/протоколов и научно-

медицинских исследованиях. Министерством здравоохранения, при содействии донорских организаций, были также предприняты усилия по обучению специалистов, работающих над клиническими протоколами, и организован ряд обучающих семинаров для преподавателей по ДМ с привлечением международных экспертов. Стратегия развития ДМ в Кыргызстане разработана в соответствии с целями и задачами Концепции улучшения качества медицинских услуг (2004-2008 гг.), и Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас таалими» (2006-2010 гг.).

Структуры, ответственные за разработку, внедрение и мониторинг клинических руководств/ клинических протоколов (КР/КП);

- Министерство здравоохранения;
- Координационный совет;
- Отдел доказательной медицины при Центре развития здравоохранения;
- Профессиональные медицинские ассоциации.

В рамках проекта Система измерения показателей здоровья (Health Metrics Network) начата разработка информационно-статистической системы на основе создания регистров новорожденных, детей, умерших в возрасте до 1 года и материнской смертности.

С расширением видов и объемов медицинских услуг по ПГГ отмечается улучшение доступности медицинских услуг в стационарах для детей до 5 лет.

Для регулирования доступности услуг третичного уровня для населения, приказом МЗ КР №114 от 06.03.2006 утверждены листы ожидания для больных, нуждающихся в высокотехнологичных и дорогостоящих видах лечения. Ведется работа по упорядочиванию системы перенаправлений, в Программу государственных гарантий граждан внесены четкие механизмы госпитализации больных при плановой госпитализации.

Для создания системы мониторинга и внедрения механизмов достоверной регистрации внутрибольничных инфекций (ВБИ) утверждены индикаторы мониторинга состояния инфекционного контроля в организациях здравоохранения (Приказ Минздрава от 04.05.2006, №231). На основе четырехлетнего опыта контроля ВБИ и управления медицинскими отходами в стационарах Нарынской области, при технической поддержке КШППРЗ, разработан проект «Руководства по эпидемиологическому надзору за ВБИ», утверждена Целевая программа по управлению медицинскими отходами и контролю за внутрибольничными инфекциями в Кыргызской Республике (Приказ Минздрава №87 от 28.02.07 г.), а также принята новая Концепция инфекционного контроля за ВБИ. В учебные программы постдипломного образования на базе КГМИП и ПК включен модуль по инфекционному контролю и утилизации медицинских отходов.

Для повышения кадрового потенциала сотрудников регулярно проводятся обучающие семинары по различным вопросам охраны и укрепления здоровья.

Разработаны стандарты аккредитации для организаций санэпидслужбы на подтверждение их соответствия установленным требованиям (приказ МЗ КР от 9.01.2007, № 3). Расширение области аккредитации и сети аккредитованных лабораторий направлено на повышение эффективности и качества предоставляемых службой услуг.

С целью повышения качества медицинской помощи и рационального использования антибактериальных лекарственных средств, разработан ряд клинических протоколов.

Центр микробиологических и молекулярно-генетических исследований Департамента Госсанэпиднадзора имеет возможность проведения быстрых скрининговых тестов для микробиологической и молекулярно-генетической диагностики заболеваний. Лаборатория аккредитована по требованиям международных стандартов ISO 17025. Имеются аккредитационные сертификаты ВОЗ на корь, краснуху и грипп. Проводится внутрилабораторное и межлабораторное сравнение. С целью проведения внешнего сличительного лабораторного контроля, результаты наших лабораторных исследований направлялись в Российскую Федерацию (г. Новосибирск), СДС (г. Атланта, США), где получено 100% подтверждение. Принятые стандартные рабочие процессы соблюдаются.

В соответствии с Законом КР «Об основах технического регулирования», аккредитация лабораторий проводится на основе добровольности, открытости и доступности.

В соответствии с Законом «Об обеспечении единства измерений» от 10 августа 2010 г., №149, уполномоченный орган по государственному метрологическому надзору ежегодно проводит инспекционный контроль объектов, независимо от форм собственности, в целях осуществления проверки средств измерений, выполнения требований технических регламентов, стандартов.

Имеются методы испытаний и процедуры контроля системы качества во всех лабораториях центров Госсанэпиднадзора республики, в том числе, в 20 базовых лабораториях.

Республиканский научно-практический центр контроля качества лабораторной диагностики инфекционных болезней проводит внешний контроль лабораторной диагностики в соответствии с Программой системы внешнего контроля качества (ВОК). Центром внедрено 11 новых методик лабораторных исследований по программе внешнего контроля качества.

В соответствии с планом мероприятий по реализации «Концепции по развитию лабораторной службы», стандартные методы лабораторной диагностики внедряются в лаборатории всех территориальных больниц и центров Госсанэпиднадзора.

Разработаны стандарты аккредитации для больниц первичного, вторичного, третичного уровня, включающие вопросы качества лабораторной диагностики, оснащения лабораторий, квалификации врачей-лаборантов. Аккредитация проводится независимой Медицинской аккредитационной комиссией с привлечением специалистов по лабораторной диагностике из ДГСЭН.

Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ) ориентирована на потребности населения, поскольку она позволяет проводить мероприятия, которые сообщество считает приоритетными. Надо отметить, что количество мероприятий ежегодно возрастает, а также меняется направление деятельности в рамках программы ДСВЗ.

Например, если к концу 2006 г. профилактическими программами было охвачено только 17 районов, где было проведено всего 8 мероприятий, то только в течение 2009 г. на уровне сельских сообществ в 29 районах страны было проведено 26 мероприятий, в том числе: кампаний по различным вопросам профилактики заболеваний – 13, исследований по оценке домохозяйств и самооценке СКЗ – 3, мониторинг проводимых мероприятий – 7, работа в рамках продовольственной программы – 3.

Основная цель исследований по программам здоровья – повышение знаний и изменение поведенческих навыков среди населения. Так, анализ результатов выборочного исследования, проведенного в Чуйской и Баткенской областях в 2009 г., показывает довольно высокий уровень (73,0% и 71,4%) знаний населения о признаках и мерах защиты от заражения малярией, по сравнению с 2008 г. Показатели знаний о симптомах малярии составили в 2009 г. в Чуйской области – 83,42%, Баткенской – 68,5% (по сравнению с 61,9% и 39,6%, соответственно, в 2008 году).

Наиболее важными индикаторами являются показатели, характеризующие отношение и практику. Как в 2008, так и в 2009 гг. показатели засетчивания окон и дверей в Чуйской области довольно высокие и составляют 57,6% против 84,2%, соответственно. В Баткенской области показатели засетчивания окон и дверей резко увеличились в 2009 г., по сравнению с 2008 г., и составили, соответственно, 44,2% против 11,8%. Также резко увеличились показатели удовлетворительного гидротехнического состояния дворов, как в Чуйской, так и Баткенской областях.

Сельские комитеты здоровья (СКЗ) стали важным звеном в донесении информации до населения большинства сел. Так, по результатам опроса матерей в Таласской области об источниках информации о рационе питания во время беременности и грудного вскармливания, 80% беременных и 60% молодых мам ответили, что основную информацию они получили от СКЗ. Причем большинство из них сообщили, что в последние три месяца дважды встречались с СКЗ и каждая беседа продолжалась не менее 40 минут.

Благодаря финансовой поддержке Глобального альянса по вакцинам и иммунизации (ГАВИ), реализуется проект «Усиление системы здравоохранения», в рамках которого производится доплата к заработной плате (по бонусной системе) работникам групп и центрам семейной медицины за качественное проведение профилактических мероприятий среди населения.

#### **Основные сильные стороны:**

- *Разработана и внедрена Концепции улучшения качества медицинских услуг (2004-2008 гг.).*
- *Приказом Министерства здравоохранения №96 от 10.03.2009 и Фонда обязательного медицинского страхования №69 от 06.03.2010, внедрены экономические стимулы повышения эффективности и качества медицинских, профилактических услуг первичного здравоохранения.*
- *Имеются и разрабатываются клинические протоколы.*
- *Имеется структура по разработке и утверждению клинических протоколов.*
- *7 ЦГСЭН подтвердили компетентность лабораторий на их соответствие требованиям международного стандарта ИСО МЭК 17025.*
- *На базе ДГСЭН создан Центр микробиологических и молекулярно-генетических исследований.*
- *Наличие норм и стандартов по контролю качества.*
- *Внедрение Системы менеджмента качества.*

#### **Основные слабые стороны:**

- *Только по 10 индикаторам оказания медицинской помощи производится оценка работы медицинского персонала первичного звена по внедрению экономических стимулов.*
- *Многие остальные услуги и функции не выполняются*

**Рекомендации:**

- *Необходимо разработать комплексную программу/стратегию по оценке качества и эффективности услуг общественного здравоохранения.*

## 4.8 Обеспечение кадрами служб общественного здравоохранения

### **Определение области действия:**

Эта область действия включает в себя образование, обучение, развитие и оценку кадров, занятых в общественном здравоохранении, определение потребностей служб общественного здравоохранения с целью эффективного решения приоритетных проблем общественного здравоохранения и адекватной оценки мероприятий по охране общественного здоровья.

Обучение врачей в стране проводится Кыргызской Государственной Медицинской Академией (КГМА) и медицинскими факультетами Кыргызско-Российского Славянского Университета (КРСУ), Ошского Государственного Университета (ОшГУ), Джалал-Абадского Государственного Университета (ДАГУ), Кыргызско-Турецкого Университета «Манас» (КТУ «Манас»). Обучение среднего медицинского персонала проводится 10 медицинскими училищами и факультетом сестринского образования КГМА. КГМА и Международный Университет Кыргызстана (МУК) совместно администрируют факультет менеджмента здравоохранения, который готовит будущих менеджеров здравоохранения в рамках двухгодичной магистерской программы.

В 1999 году Министерство здравоохранения Кыргызской Республики начало работу над разработкой новой концепции человеческих ресурсов здравоохранения в рамках проекта «Человеческие ресурсы здравоохранения», поддерживаемого ДФИД и ЮСАИД. Была собрана база данных за 2000–2001 гг. по человеческим ресурсам, занятым в госсекторе здравоохранения. Основными достижениями в области медицинского образования являются: реорганизация факультетов КГМА и пересмотр учебных программ в свете изменений, происходящих в системе здравоохранения; создание Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации (КМИП и ПК) в качестве образовательного учреждения, готовящего специалистов по семейной медицине и предоставляющего последипломное образование; аккредитация и сертификация факультета менеджмента здравоохранения в 1999 г.. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики взяло под контроль процесс планирования приёма студентов на бюджетное и контрактное отделения КГМА. Приоритетом будет реализация нормы Закона «Об охране здоровья граждан», касающейся регулирования подготовки медицинских специалистов.

### **Статья 5. Подготовка специалистов общественного здравоохранения**

Подготовка специалистов общественного здравоохранения осуществляется образовательными организациями в порядке государственного заказа уполномоченного государственного органа Кыргызской Республики в области здравоохранения в соответствии с утвержденными государственными образовательными стандартами среднего, высшего и послевузовского профессионального образования.

Управление качеством подготовки специалистов общественного здравоохранения проводится уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения с учетом потребностей здравоохранения и международного опыта.

*Закон КР «Об Общественном здравоохранении», 2009г.*

Ежегодно, по итогам сдачи годовых отчетов, лечебно-профилактическими организациями республики представляются заявки на специалистов с учетом потребности

районов/городов в определённых специалистах, заявки на организацию курсов повышения квалификации специалистов по всем направлениям деятельности. На основании этих данных, с учётом демографических изменений, изменений в потребностях в услугах здравоохранения, планируется приём абитуриентов в медицинские образовательные учреждения республики, и организуются курсы по повышению квалификации в Кыргызском Государственном Медицинском Институте Переподготовки и Повышения Квалификации.

В зависимости от квоты и количества выделяемых Правительством КР средств, реализуется программа «Депозит врача», когда молодой специалист в рамках участия в данной программе направляется на трудовую деятельность в отдалённые регионы республики и ему ежемесячно дополнительно к заработной плате перечисляется 3000 сомов из республиканского бюджета.

### **А. Додипломное обучение**

Подготовка врачей состоит из 6-летней учебной программы, изучаемой по окончании средней общеобразовательной школы (11 лет). После прохождения 2-годичной клинической ординатуры, выпускники могут осуществлять практическую медицинскую деятельность в ЛПУ. Желая специализироваться далее, поступают в аспирантуру (2-годичную практику в клинике НИИ или Национального центра). Выпускники аспирантуры могут осуществлять практику в качестве узких специалистов.

С сентября 2006 г. Министерство здравоохранения усердно работало над стандартизацией и унификацией образовательных стандартов и учебных планов в разрезе медицинских ВУЗов. Стратегии по улучшению додипломного медицинского образования, основанные на полной стандартизации и унификации учебных планов, а также проведении аккредитации в соответствии международными критериями, требуют:

- 1) единых правил по приему абитуриентов на бюджетные и контрактные места;
- 2) устранения различий в учебных планах между факультетами (лечебным и педиатрическим) с последующим объединением двух факультетов в факультет общей практики, тем самым, создавая потенциал, как для экономии средств, так и для перераспределения ресурсов;
- 3) общей методологии преподавания и размеров групп контрактного и бюджетного обучения, основанных на лучших практиках;
- 4) значительного увеличения времени на клиническую практику и повышение клинических навыков;
- 5) единого государственного лицензионного экзамена, который бы включал в себя как выбор ответа из предлагаемых вариантов, так и стандартный структурный устный экзамен.

Долгосрочная цель: обеспечить подотчетность медицинских ВУЗов за подготовку высококвалифицированных врачей общей практики, в то же время предоставляя ВУЗам академическую свободу по определению того, каким образом они будут осуществлять выпуск квалифицированных выпускников. Необходимо подчеркнуть, что требуется разработка четкой стратегии по реформированию додипломного медицинского образования специалистов общественного здравоохранения, которая бы отражала шаги по его улучшению в соответствии с вышеуказанными шагами.

В данный момент, согласно новым требованиям к ГОСТу высшего медицинского образования, разрабатывается новый проект учебного плана и ГОСТа по специальности «Медико-профилактическое дело». Создана рабочая группа, которая рассматривает

возможности открытия школы или центра по подготовке специалистов здравоохранения по вопросам общественного здравоохранения на базе КГМИП и ПК. Кроме этого, создаются рабочие группы, которые в течение 2009-2010 гг. пересмотрят учебные программы до- и последипломной подготовки и внесут в них необходимые изменения и дополнения. На основе разработанных программ, с участием консультантов ВОЗ, будет организовано проведение обучающих семинаров для врачей общественного здравоохранения с целью быстрого обучения имеющихся сотрудников новым положениям и порядку деятельности служб общественного здравоохранения.

В Кыргызской Государственной Медицинской Академии функционирует курс «Менеджмент в общественном здравоохранении».

## **Б. Последипломная подготовка**

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (КГМИП и ПК) и 6 областных центров обучения семейной медицине (ЦОСМ) проводят подготовку специалистов по семейной медицине/врачей общей практики. Последипломное обучение включает регулярные краткосрочные курсы повышения квалификации, как правило, на базе НИИ или национальных центров. Они очень важны, так как определяют квалификацию и категорию врача, а также служат коэффициентами повышения зарплаты в государственном секторе. КГМИП и ПК и ЦОСМ проводят 3-месячные курсы по семейной медицине для участковых врачей и медицинских сестёр. Для медперсонала, прошедшего переобучение, на местах проводятся краткосрочные вспомогательные курсы. 30% всех работников ГСВ, в том числе 43,7% врачей ГСВ и 20,6% медицинских сестёр ГСВ, уже прошли переобучение. КГМИП и ПК также проводит годичный курс для преподавателей семейной медицины. Выпускники этого курса в настоящее время работают в областных ЦОСМ. КГМИП и ПК поддерживался ЮСАИД и Всемирным банком в рамках Проекта «Здравоохранение-I».

### **Сильные стороны:**

- *Отработанная система отчётности по потребности в специалистах в разрезе регионов и специальностей.*
- *Отработанный механизм организации курсов повышения квалификации.*
- *Имеется механизм финансовых надбавок в случае своевременного прохождения курсов повышения квалификации (раз в пять лет) и присуждения квалификационной категории.*
- *Регулярно проводится повышение квалификации работников общественного здравоохранения по утвержденным Министерством здравоохранения календарно-тематическим планам.*
- *На уровне ПМСП в Институте семейной медицины разработаны и апробированы на практике стандарты оценки качества оказываемых населению медицинских услуг («Объективный структурированный клинический экзамен»).*
- *Национальные стандарты аккредитации организаций здравоохранения также являются инструментом оценки качества услуг здравоохранения на уровне индивидуумов и на уровне сообщества.*
- *Систематически осуществляется оценка и пересмотр учебных программ по общественному здравоохранению с учетом появления новых кафедр, курсов и циклов в ВУЗах.*
- *Создаются учебно-тренировочные центры в регионах (Нарын, Талас), которые позволяют обеспечить интеграцию непрерывного образовательного процесса и качества медицинской деятельности работников.*

- В рамках ПМСП внедрена модель «Система повышения качества», объединяющая методы мониторинга, позволяющая оценить теоретические и практические основы качества и эффективности труда медицинского персонала.
- Обучены два сотрудника системы здравоохранения республики по стратегическому планированию кадрового потенциала СЗ на международном курсе, организованном ЕРБ ВОЗ. МЗ КР предоставлены материалы по стратегическому планированию и изучению потребности кадровых ресурсов в СЗ, где заложена основная планирования, прогнозирования и обеспечения кадровым потенциалом сектора здравоохранения.
- С целью улучшения эффективности непрерывных курсов обучения без отрыва от работы и улучшения коммуникационных умений, осуществляются выездные образовательные циклы на базе организаций здравоохранения и внедряются элементы дистанционного обучения (ДО).
- При проведении обучения медицинских сестер ГСВ, ФАПов, ЦОВП в учебно-лечебных тренинговых центрах пилотных регионов привлекаются работники социальной службы и патронажа, представители правоохранительных органов.
- Имеется флагманский курс по общественному здравоохранению в Центре развития здравоохранения и информационных технологий для руководителей службы общественного здравоохранения. Кроме этого, в КГМИП и ПК функционирует базовая учебная программа по повышению квалификации руководителей и резерва руководящего состава организаций здравоохранения КР.
- Функционирует курс «менеджмент в общественном здравоохранении» в Кыргызской Государственной Медицинской Академии.
- В программах обучения имеются циклы, посвященные эпидемиологии и эпидемиологическим методам исследований.
- В КГМИП и ПК начата разработка учебной программы по профилактике и гигиене полости рта для зубных врачей (среднее звено).

#### **Слабые стороны:**

- Большая текучесть кадров и низкая заработная плата.
- Работа по прогнозированию будущих потребностей в кадровом потенциале системы здравоохранения не проводилась.
- Нет четкого механизма оценки использования работниками общественного здравоохранения необходимых видов профессиональных знаний, полученных на курсах переподготовки и повышения квалификации.
- Полноценное и регулярное проведение процедуры мониторинга ограничено из-за нехватки финансовых средств.
- Нет разработанного и утвержденного курса по общественному здравоохранению.
- Ограниченное количество часов по введению в общественное здравоохранение в университетских курсах обучения.
- Отсутствие Школы общественного здравоохранения.
- В настоящее время обучение и подготовка работников немедицинских специальностей, имеющих отношение к общественному здравоохранению, не проводятся.
- Существующие программы обучения в области управления общественным здравоохранением не полностью соответствуют потребностям служб общественного здравоохранения.

#### **Рекомендации:**

- Необходимо разработать новую учебную программу для руководителей с учетом социальных детерминантов здоровья.

- *Необходимо разработать и принять Программу по современному общественному здравоохранению для ВУЗов медицинского профиля.*
- *Создать систему оценки знаний и навыков, и обеспечить подготовку специалистов общественного здравоохранения на курсах повышения квалификации и тренингах.*
- *Создать Школу общественного здравоохранения.*

#### **4.9 Лидерство, управление и инициирование, разработка и планирование политики в области общественного здравоохранения**

##### **Определение области действия:**

Разработка политики – это процесс, который способствует принятию информированных решений по вопросам, имеющим отношение к здоровью населения. Это процесс стратегического планирования, в котором участвуют все заинтересованные стороны, как внутренние, так и внешние, определяя видение, миссию, цели и мероприятия в сфере общественного здравоохранения на уровне страны, региона и на местном уровне. В течение последнего десятилетия службы общественного здравоохранения также дают оценку воздействия международных мероприятий в области здравоохранения на здоровье населения страны.

##### **Мандат**

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики является центральным органом государственного управления, осуществляющим государственную политику в области охраны здоровья граждан в Кыргызской Республике.

Основной задачей Минздрава является формирование единой государственной политики в области:

- охраны и укрепления здоровья;
- санитарно-эпидемиологического благополучия;
- финансирования и экономики здравоохранения;
- кадрового обеспечения здравоохранения;
- лекарственного обеспечения населения;
- медицинской науки и образования;
- обязательного медицинского страхования граждан.

Разработка политики в области общественного здравоохранения осуществляется на уровне Министерства здравоохранения. В структуре Министерства имеется Отдел общественного здравоохранения с ограниченным штатом. Однако он является частью общей системы разработки политики в области общественного здравоохранения, которая, кроме Отдела общественного здравоохранения, включает следующие органы и организации:

- Национальный многосекторальный координационный комитет по социально значимым и особо опасным инфекционным заболеваниям;
- Санитарный совет;
- Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Общая координация и управление выработкой политики и принятия решений по вопросам общественного здравоохранения осуществляется Главным государственным санитарным врачом Кыргызской Республики, который является также заместителем министра здравоохранения.

Мониторинг и оценка внедрения мероприятий компонента по общественному здравоохранению в рамках реализации программы «Манас таалими» (SWAp), осуществляется ежегодно в соответствии с имеющимися в программе индикаторами.

Индикаторы Панели управления Программы «Манас таалими» были сформулированы для четырех приоритетных областей, в которых требуется улучшение здоровья: здоровье матери и ребенка, туберкулез, ВИЧ-СПИД и сердечнососудистые заболевания. Всего, существуют семь индикаторов Панели управления по улучшению здоровья:

- Показатель младенческой и детской смертности;
- Показатель материнской смертности;
- Заболеваемость туберкулезом и смертность от туберкулеза;
- Количество вновь зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИД;
- Смертность от сердечнососудистых заболеваний среди людей в возрасте от 30 до 39 лет и от 40 до 59 лет.

Политика, направленная на укрепление здоровья и профилактику заболеваний, также требует выявления и устранения препятствий в деле принятия решений в интересах здоровья населения в отраслях и сферах, не связанных напрямую со здравоохранением. С этой целью на уровне Правительства существуют различные межсекторальные координационные механизмы и структуры.

#### **Основные сильные стороны:**

- *Разработан ряд законодательно-нормативных документов в области общественного здравоохранения (Закон об общественном здравоохранении и т.д.).*
- *Разработаны и внедряются стратегии и планы действий по всем основным вопросам общественного здравоохранения.*
- *Министерство здравоохранения активно внедряет межсекторальный подход в политику здравоохранения.*
- *Мониторинг и оценка внедрения мероприятий компонента по общественному здравоохранению в рамках реализации программы «Манас таалими» в рамках SWAp осуществляется ежегодно в соответствии с имеющимися в программе индикаторами.*
- *Мониторинг реформирования служб общественного здравоохранения также осуществляется в рамках выполнения Двухлетнего соглашения о сотрудничестве между Министерством здравоохранения и ВОЗ.*
- *Наличие Единой информационной системы здравоохранения для содействия принятию информированных решений Министерством здравоохранения*
- *Тесное сотрудничество с ВОЗ и другими международными организациями для осуществления стратегического планирования в области общественного здравоохранения, в том числе в рамках SWAp.*
- *Руководители областных и городских центров общественного здравоохранения вовлечены в процесс выработки и принятия решений по общественному здравоохранению посредством участия в работе санитарных советов и через другие механизмы (коллегии и т.д.).*

#### **Основные слабые стороны:**

- *Недостаточный уровень лидерства служб общественного здравоохранения.*
- *Недостаточные навыки специалистов в разработке и планировании политики в области общественного здравоохранения с использованием современных методологий и подходов.*

**Рекомендации:**

- Усилить лидерство службы общественного здравоохранения, усовершенствовать разработку и планирование политики общественного здравоохранения.
- Проводить тренинги для руководителей и ведущих специалистов ОЗ по планированию политики в области общественного здравоохранения.

**4.10 Научные исследования в области общественного здравоохранения**

**Определение области действия:**

Эта область действия включает:

- Исследования, целью которых является расширение базы знаний для принятия политики, основанной на доказательствах на всех уровнях;
- Разработка новых методик исследований и инновационных технологий для решения проблем общественного здравоохранения;
- Создание партнерств с научными центрами и академическими институтами для проведения своевременных разработок с целью принятия решений, подкрепленных доказательствами на всех уровнях общественного здравоохранения.

Распознавание причин и путей распространения заболеваний и определение соответствующих мероприятий по их снижению служит основой для разработки политики укрепления здоровья. Развитие науки помогает понять основные причины заболеваний, разрабатывать и внедрять меры их профилактики среди групп населения с высоким риском. Практическое применение результатов эпидемиологических, токсикологических, физиологических и других исследований по выявлению причинно-следственной связи многих заболеваний привело к значительному снижению воздействия многих факторов риска, таких как курение, недостаток железа или йода и др.

НПО «Профилактическая медицина» является головным НИИ Минздрава Кыргызской Республики по вопросам общественного здравоохранения. Также имеются кафедры гигиенического профиля и общественного здравоохранения в КГМА с 1940 г., в КРСУ с 2000 г., и в ОшГУ с 1999 г.

Научная работа в НПО «Профилактическая медицина» ведется в соответствии с основными направлениями деятельности, определенными Положением об НПО «Профилактическая медицина», на основании договоров с Управлением науки Министерства образования и науки (МОН) Кыргызской Республики, по согласованию с Ученым медицинским советом (УМС) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Направления научных исследований выбирались с учетом приоритетных задач общественного здравоохранения и проводимых реформ здравоохранения, определенных программой «Манас таалими» на 2006-2010 гг., а также других целевых и национальных программ, а также законов: «Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке»; «Государственный план действий по гигиене окружающей среды Кыргызской Республики»; «Национальный план действий по охране окружающей среды»; «Концепция экологической безопасности КР»; законов Кыргызской Республики «О питьевой воде»; «О профилактике йододефицитных заболеваний»; «Об общественном здравоохранении»; «Вирусные гепатиты в Кыргызской Республике – 1999-2010 гг.»; Национальная программа «Иммунопрофилактика – 2001-2005 гг.»; «Целевая программа по надзору за внутрибольничными инфекциями и утилизации медицинских отходов»; «Концепция развития лабораторной службы Кыргызской Республики на 2000-2010 гг. в рамках программы «Манас таалими».

Бюджетного финансирования научно-исследовательских работ (НИР) недостаточно, поэтому последние 10 лет НПО «Профилактическая медицина» усиленно привлекала средства доноров и грантодателей для финансирования научных исследований, обновления исследовательской аппаратуры и ремонта помещений.

Проводятся научные конференции по общественному здравоохранению, съезды Ассоциации работников общественного здравоохранения, заседания санитарно-эпидемиологического совета Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Всем руководителям общественного здравоохранения высылается электронная версия материалов. Издается Бюллетень ДГСЭН, газета «Будь здоров» распространяется в организациях СЭС, на сайте Минздрава есть раздел науки и нормативных документов.

Отчеты по науке заслушиваются публично в Министерстве здравоохранения и Министерстве образования и науки. Данные отчеты хранятся в НИИ научно-технической информации и доступны для всех пользователей. Научные диссертации хранятся в НИИ научно-технической информации, в Национальной библиотеке, в Национальной аттестационной комиссии. Авторефераты диссертаций рассылаются во все НИИ медицинского профиля и медицинские ВУЗы Кыргызстана, и также доступны для пользователей.

Разработка научного исследования на стадии планирования осуществляется по положениям Министерства образования и науки, а также положений Национальной аттестационной комиссии Кыргызской Республики. Проводится патентно-информационный поиск, рецензирование проектов, их презентация на Ученом совете НИИ или ВУЗа.

Однако остается ещё ряд проблем в изучении и оценке риска заболеваний на популяционном уровне. Требуется исследование по оптимизации количественной оценки ведущих факторов риска, особенно тех, в оценке которых ранее использовались непрямые методы исследования (например, потребление алкоголя, пищевые и биологические маркеры для микронутриентов, загрязнение воздуха внутри помещений и т.д.). Ощущается недостаток современных эпидемиологических исследований по основным проблемам общественного здравоохранения. Необходимо проведение исследований по количественной оценке влияния некоторых факторов риска в стране, а также по оценке влияния множества факторов риска. Для разработки политики и стратегий укрепления здоровья необходимо проведение исследований по оценке относительного потенциала профилактики, например, повышения информированности групп населения с высоким риском для здоровья.

Научные исследования должны содействовать лучшему пониманию причинно-следственных связей проблем общественного здравоохранения и способствовать более точному определению приоритетов в политике здравоохранения и путей их решения. Научное сопровождение является неотъемлемой частью улучшения качества услуг, предоставляемых общественным здравоохранением.

### **Сильные стороны:**

- *Ряд научных институтов имеет возможность и проводит исследования в области общественного здравоохранения: Национальный центр кардиологии, Национальный центр охраны материнства и детства, НПО «Профилактическая медицина», кафедра общей гигиены КГМА.*

- *В научных центрах имеются современные специализированные компьютерные программы для анализа данных.*
- *Сотрудники НПО «Профилактическая медицина» прошли специализацию в Институте им. Пастера и получили сертификаты «Международные стандарты ИСО по питьевой воде, микробиологические стандарты. Требования ИСО 17025 к аккредитации лаборатории».*
- *Сотрудник НПО «Профилактическая медицина» прошел обучение за рубежом (Германия) по работе с ГИС - геоинформационными системами.*
- *Проводятся научные конференции по общественному здравоохранению, съезды Ассоциации работников общественного здравоохранения, заседания санитарно-эпидемиологического совета МЗ КР.*

#### **Слабые стороны:**

- *Проводимые научные исследования зачастую не скоординированы и результаты работы разных научных центров не обобщаются.*
- *Часть научных работ не обладает новизной и практической значимостью.*
- *При формально правильно оформленных заявках и положительных отзывах, глубокого анализа новизны и практической значимости проекта не проводится.*
- *Проводимые научные исследования не отвечают потребностям службы общественного здравоохранения.*

#### **Рекомендации:**

- *Реформировать научные подразделения в области общественного здравоохранения (в том числе и в ВУЗах) с тем, чтобы научные исследования отвечали практическим потребностям общественного здравоохранения.*
- *Разработать программу приоритетных направлений научных исследований в интересах службы общественного здравоохранения.*
- *Обеспечить научную деятельность по приоритетным направлениям общественного здравоохранения на основе государственного заказа.*
- *Укрепить потенциал научно-исследовательских учреждений.*

## **5. Общее заключение**

На основе проведенной оценки служб общественного здравоохранения Кыргызской Республики можно сделать общее заключение о том, что в стране имеется служба общественного здравоохранения, которая обеспечивает на хорошем уровне охрану и укрепление здоровья населения. Начиная с 2001 г., проводятся мероприятия по реформированию службы санитарно-эпидемиологического надзора с тем, чтобы создать на её основе современную службу общественного здравоохранения. Проведена значительная работа по усовершенствованию и реструктуризации структуры службы общественного здравоохранения, изменению принципов финансирования работы службы и т.д. Однако предстоит еще значительная работа по созданию службы общественного здравоохранения, которая будет отвечать потребностям населения. Разные службы общественного здравоохранения все еще не ориентированы в достаточной мере на новые роли и задачи. Следующие шаги по усовершенствованию служб общественного здравоохранения в стране должны быть направлены не только на решение проблем в предоставлении услуг, выявленных в ходе данного анализа, но и на создание новых возможностей, наличие которых необходимо в соответствии с международными требованиями к службам общественного здравоохранения, в том числе и в соответствии с международными соглашениями (ВТО, ММСП, и т.д.). Необходимо придать приоритетное значение усовершенствованию служб общественного здравоохранения, отвечающих требованиям времени и потребностям страны в следующей среднесрочной

программе по здравоохранению на следующие пять лет (2012-2016 гг.) На основе анализа текущей эпидемиологической ситуации, медико-демографических показателей, а также государственных обязательств по достижению Целей развития тысячелетия на национальном уровне необходимо сформулировать и озвучить приоритет общественного здравоохранения, необходимость достижения конкретных целей в улучшении показателей общественного здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни с сокращением гендерного различия, снижение младенческой и детской смертности, снижение материнской смертности, снижение заболеваемости и смертности от ведущих причин как инфекционных, так и неинфекционных, и т.д.). Служба общественного здравоохранения должна иметь все необходимые возможности (инфраструктура, квалифицированные человеческие ресурсы, финансовое обеспечение и т.д.) для достижения этих целей. В этой связи необходимо продолжить и развивать сотрудничество и совместную работу с донорами и международными организациями, развивать региональное сотрудничество.

## **Общие рекомендации**

### **Рекомендация 1**

Необходимо продолжить совершенствование и укрепление служб общественного здравоохранения путем включения этой задачи в число приоритетных направлений следующей программы реформирования сектора здравоохранения.

### **Рекомендация 2**

С целью повышения эффективности оказания индивидуальных медицинских услуг и услуг общественного здравоохранения в рамках приоритетных программ (охрана материнства и детства, контроль туберкулеза и профилактика респираторных заболеваний, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, ограничение распространения ВИЧ/СПИДа), направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности населения, а также на достижение Целей развития тысячелетия в области охраны здоровья, необходимо обеспечить устойчивость вертикальных программ на основе их интеграции в общую систему предоставления услуг.

### **Рекомендация 3**

Повысить статус 20 базовых лабораторий до уровня референс-лабораторий за счет их оснащения современной аппаратурой, повышения квалификации сотрудников и аккредитации на независимость и техническую компетентность.

### **Рекомендация 4**

Развитие болезни всегда обусловлено влиянием множества факторов риска, прямых или опосредованных. В связи с этим, политика и программы по улучшению и укреплению здоровья должны быть нацелены на устранение не одного фактора риска для здоровья населения, а целого их ряда.

### **Рекомендация 5**

Необходимо увеличить финансирование служб общественного здравоохранения. Уровень финансирования должен соответствовать задачам, поставленным перед службой общественного здравоохранения.

### **Рекомендация 6**

Необходима разработка новой программы научных исследований, ориентированных на нужды общественного здравоохранения. В связи с этим, необходимо провести анализ и подготовить рекомендации по структуре и задачам для имеющихся научно-исследовательских учреждений.

### **Рекомендация 7**

Необходимо дальнейшее развитие интегрированной электронной информационной и коммуникационной системы с разработанными индикаторами для мониторинга и оценки.

### **Рекомендация 8**

Необходимо разработать интегрированные комплексные подходы Минздрава и ФОМС к оценке качества услуг общественного здравоохранения.

### **Рекомендация 9**

Подготовка специалистов общественного здравоохранения требует разработки и внедрения целевой программы. Необходимо создать современную систему подготовки специалистов общественного здравоохранения с использованием возможностей обучения в других странах.

### **Рекомендация 10**

Необходимо создание программы обучения специалистов различных служб общественного здравоохранения современным методам проведения исследований, оценки и анализа тенденций в показателях заболеваемости и состояния здоровья населения.

### **Рекомендация 11**

РЦУЗ нуждается в донорской поддержке для проведения работы по укреплению здоровья в городах и районных центрах.

### **Рекомендация 12**

Необходимо разработать и внедрить механизм придания устойчивости модели Действия сообщества по вопросам здоровья (ДСВЗ).

### **Рекомендация 13**

Необходимо разработать и внедрить комплексные меры по снижению оттока специалистов общественного здравоохранения.

### **Рекомендация 14**

Системы обучения на рабочем месте и переобучения медицинского персонала необходимо пересмотреть, так как они фрагментированы и ориентированы, главным образом, на оказание стационарной помощи. Также необходимо улучшить координацию деятельности различных медицинских образовательных учреждений. Существующие учебные программы до сих пор не приведены в соответствие с запланированной реструктуризацией системы предоставления медицинских услуг. В частности, требует реформирования сестринское образование.

### **Рекомендация 15**

Продолжить укрепление материально-технической базы служб общественного здравоохранения для обеспечения оказания качественных услуг в полном объеме.

### **Рекомендация 16**

Усовершенствовать систему эпидемиологического надзора в службе общественного здравоохранения и надзора за состоянием здоровья населения.

### **Рекомендация 17**

Необходимо укрепить возможности служб общественного здравоохранения в сфере реагирования на чрезвычайные ситуации.

**Рекомендация 18**

Необходимо создать интегрированную информационную и коммуникационную систему служб общественного здравоохранения с возможностью обмена информацией между различными базами данных.

## 6. БИБЛИОГРАФИЯ

1. *Кыргызстан в цифрах*. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, Б., 2008 г.
2. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения*. Под ред. Лисицына Ю., г. Москва, «Медицина», 1987 г.
3. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, май 2007 г.
4. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, октябрь 2007 г.
5. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, май 2008 г.
6. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, октябрь 2008 г.
7. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, май 2009 г.
8. *Среднесрочный обзор выполнения программы «Манас Таалими»*, октябрь 2009 г.
9. *Отчет Премьер-Министра о работе Правительства за 2009 г.*, одобрен Постановлением Правительства №142 от 12 марта 2010 г.
10. *Национальная программа «Манас таалими» на 2006-2010 гг.*, Министерство здравоохранения, Бишкек, 2006 г.
11. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2009 г.* Министерство здравоохранения, Республиканский медико-информационный центр, Бишкек, 2009 г.
12. *Environmental performance reviews: Kyrgyzstan, UN New York and Geneva*, 2000.
13. *Health care in Central Asia*, European Observatory on Health Care Systems, WHO, 2002.
14. C. Ramagem and J. Ruales, *Area of Health Systems and Services*, the WHO Pan American Regional Office, Washington D.C., February 2008.
15. *Country Cooperation Strategy at a Glance: Kyrgyzstan*. WHO Regional office for Europe, 2008.
16. *Public Health Functions Steering Committee (1994). Public Health in America*. The WHO Pan American Regional Office, Washington, D.C. Public Health Services.
17. *Public Health in the Americas: Conceptual Renewal, Performance Assessment, and Bases for Action*. The WHO Pan American Regional Office. Washington, D.C., 2002.
18. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Edited by Majid Ezzati, et al., WHO, 2004.
19. *Health care systems in transition*. Kyrgyzstan. European Observatory of Health Systems and Policies. Vol. 7 No.2 2005. WHO.
20. *Mid-Term Review Report, Manas Taalimi Health Sector Strategy*, 7 May 2008, Ministry of Health.
21. *Нормативно-правовая база в секторе здравоохранения (законы, постановления Правительства, приказы и т.д.)*.

## **7. Перечень действующих приказов Минздрава в сфере деятельности общественного здравоохранения**

1. Приказ № 222 от 15.07.1999 г. «*О мерах по снижению заболеваемости вирусными гепатитами в республике*» (необходимо пересмотреть, запланировано на 4 кв. 2007 г.).
2. Приказ № 70 от 20.03.2000 г. «*О проведении обязательных и периодических медицинских осмотров работников*».
3. Приказ № 220 от 30.06.2000 г. «*О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и паратифами в республике*».
4. Приказ № 307 от 29.08.2001 г. «*О мерах по контролю острых кишечных инфекций в Кыргызской Республике*».
5. Приказ № 401 от 20.11.2001 г. «*Об усовершенствовании дезинфекционных мероприятий в деятельности учреждений здравоохранения Кыргызской Республики*».
6. Приказ № 436 от 07.12.2001 г. «*О совершенствовании и утверждении отчетно-учетной документации системы мониторинга по контролю за туберкулезом*».
7. Приказ № 20 от 21.01.2002 г. «*О мерах по совершенствованию эпидемиологического надзора за малярией в Кыргызской Республике*».
8. Приказ № 27 от 28.01.2002 г. «*О совершенствовании мер борьбы и профилактики гриппа в республике*».
9. Приказ № 48 от 06.02.2004 г. «*Об организации работы родильных отделений (домов) и дальнейшем улучшении качества оказываемой акушерско-гинекологической помощи в Кыргызской Республике*».
10. Приказ № 52 от 06.02.2004 г. «*Об утверждении норм расходов мыло-моющих и дезинфицирующих средств в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения*».
11. Приказ № 137 от 24.03.2004 г. «*О мерах по дальнейшему развитию инфекционной службы в Кыргызской Республике*».
12. Приказ № 326 от 9.07.2004 г. «*О внедрении компьютерных форм учета и отчета об инфекционных и паразитарных заболеваниях в центрах Госсанэпиднадзора*» (программа КСИЗ).
13. Приказ № 331 от 15.07.2004 г. «*Об усовершенствовании системы эпиднадзора за паразитарными болезнями*».
14. Приказ № 1 от 4.01.2005 г. «*О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем, заразных кожных заболеваний и лепры*».
15. Приказ № 212 от 30.05.2005 г. «*О создании республиканского научно-практического центра контроля качества лабораторной диагностики инфекционных болезней*».
16. Приказ № 218 от 01.06.2005 г. «*Об утверждении клинических протоколов*».
17. Приказ № 289 от 12.07.2005 г. «*Об утверждении нормативных правовых документов, регулирующих деятельность специалистов сестринского дела ФАП, ГСВ и ЦСМ*».
18. Приказ № 31 от 18.08.2005 г. «*О проведении ПЦР - диагностики*».
19. Приказ № 466 от 28.10.2005 г. «*О мерах по совершенствованию координации деятельности учреждений здравоохранения на региональном уровне*».
20. Приказ № 148 от 28.03.2006 г. «*Об усилении мер профилактики парентеральных инфекций в лечебно-профилактических организациях*».
21. Приказ № 169 от 5.04.2006 г. «*О реализации постановления Правительства Кыргызской Республики от 16.04.2006г. «Об утверждении Национального плана Кыргызской Республики по противодействию пандемии высокопатогенного птичьего гриппа*».

22. Приказ № 1 от 2.01.2001 г. «О мерах по снижению заболеваемости сибирской язвой в республике».
23. Приказ № 107 от 6.04.2001 г. «О внедрении плановой иммунизации против вирусного гепатита В в Кыргызской Республике».
24. Приказ № 187 от 7.06.2001 г. «О проведении эпидемиологического надзора по чуме в Кыргызской Республике».
25. Приказ № 188 от 7.06.2001 г. «Об эпидемиологическом надзоре за холерой на территории Республики».
26. Приказ № 240 от 10.06.2002 г. «Об эпидемиологическом надзоре за бруцеллезом в Кыргызской Республике».
27. Приказ № 40 от 12.02.2003 г. «О совершенствовании мероприятий по профилактике заболевания людей бешенством».
28. Приказ № 142 от 16.04.2003 г. «О мерах по предупреждению завоза и распространения на территории республики тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС)».
29. Приказ № 176 от 14.05.2003 г. о реализации решения РЧППК от 30.04.2003 г. «О мерах по предупреждению распространения тяжелого острого респираторного синдрома в Кыргызской Республике».
30. Приказ № 529 от 19.11.2004 г. «Об усовершенствовании эпиднадзора за сыпным тифом в республике».
31. Приказ № 300 от 24.08.2001 г. «Дополнение к приказу №107 от 6.04.01 г.».
32. Приказ № 800 от 21.12.01 г. «О реализации Закона Кыргызской Республики «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
33. Приказ № 25 от 24.01.2002 г. «О внедрении в практику иммунизации трехкомпонентной вакцины против кори, паротита и краснухи и дивакации против кори и краснухи в Кыргызской Республике».
34. Приказ № 223 от 28.05.2002 г. «О внедрении системы интегрированного эпидемиологического надзора за корью, краснухой и СВК в Кыргызской Республике».
35. Приказ № 226 от 30.05.2002 г. «О реализации основных стратегий по поддержанию Кыргызской Республикой статуса страны, свободной от полиомиелита».
36. Приказ № 317 от 30.07.2002 г. «О проведении иммунизации женщин репродуктивного возраста против краснухи в Кыргызской Республике».
37. Приказ № 487 от 22.10.2004 г. «О мерах по контролю дифтерии в Кыргызской Республике».
38. Приказ № 457 от 26.10.2005 г. о реализации Закона КР «О внесении изменений и дополнений в Закон КР об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
39. Приказ № 565 от 27.12.2005 г. «О совершенствовании деятельности иммунологической службы».
40. Приказ № 336 от 21.06.2006 г. «О реализации постановления Правительства Кыргызской Республики от 22.05.06 г. №369 «О Национальной программе «Иммунопрофилактика» на 2006-2010 годы».
41. Приказ № 393 от 18.09.2002 г. «О внедрении и начальной реализации Целевой программы по управлению медицинскими отходами и контролю за ВБИ в Кыргызской республике».
42. Приказ № 490 от 06.11.2003 г. «Об организации инфраструктуры эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями»
43. Приказ № 192 от 18.05.2005 г. «О профилактике внутрибольничных инфекций в стационарах хирургического профиля»
44. Приказ № 206 от 27.05.2005 г. «Об утверждении основных стандартов безопасности медицинских процедур».

45. Приказ № 130 от 17.03.2006 г. *«Об утверждении стандартов дезинфекции и стерилизации в медицинской практике»* (утверждено 11 стандартов).
46. Приказ № 453 от 04.11.2004 г. *«О профилактике ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в условиях второго поколения эпидемиологического надзора»*.
47. Приказ № 400 от 19.09.05. *«О внедрении экспресс-тестов на ВИЧ 1/2 инфекцию для тестирования донорской крови при отборе доноров крови»*.
48. Приказ № 103 от 28.02.2006 г. *«О проведении национальной конференции по результатам осуществленного дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике»*.

## 8. ТЕРМИНОЛОГИЯ

**Государственный санитарно-эпидемиологический надзор** - деятельность специально уполномоченных государственных органов по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Кыргызской Республики в области охраны здоровья населения и среды обитания.

**Здоровье** – состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов.

**Здоровый образ жизни** – совокупность стереотипов поведения человека, направленных на сохранение и укрепление здоровья.

**Здравоохранение** - организации, учреждения, предприятия, ассоциации, научные общества, специалисты и иные хозяйствующие субъекты, вне зависимости от их форм собственности, ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы, задействованные в охране и укреплении здоровья граждан.

**Общественное здравоохранение** – система мероприятий, направленных на охрану общественного здоровья, профилактику заболеваний, продление жизни и укрепление здоровья посредством организационных усилий всех заинтересованных сторон, информирования населения, государственных и частных организаций, сообществ и физических лиц.

**Общественное здоровье** – здоровье населения или определенных групп и сообществ, по географическому, социальному, либо иному признаку, оцениваемое демографическими показателями, характеристиками физического развития, заболеваемости и инвалидности.

**Ограничительные мероприятия** – административные, медико-санитарные, ветеринарные мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и чрезвычайных ситуаций, предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных.

**Охрана здоровья населения** – совокупность политических, экономических, правовых, социальных, культурных, научных, экологических, медицинских, профилактических мер, направленных на сохранение здоровья настоящего и будущих поколений людей.

**Оценка воздействия на здоровье** – комплексная оценка прямых и косвенных последствий с точки зрения состояния здоровья, развития здравоохранения и социально-экономического развития в целом, проведения определенной политики, программы и деятельности конкретных служб или учреждений.

**Политика здравоохранения** – совокупность решений и обязательств государства и его уполномоченных органов по проведению определенного курса действий, ориентированного на реализацию конкретных целей и задач в области охраны и укрепления здоровья.

**Профилактика заболеваний** – мероприятия, позволяющие предупредить или снизить вероятность возникновения и распространения заболеваний, либо остановить их течение, предотвратить рецидив и осложнения.

**Профилактические мероприятия** – организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на население факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений, в том числе, при чрезвычайных ситуациях.

**Психическое здоровье** – состояние благополучия, при котором каждый гражданин может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

**Санитарно-эпидемиологическая обстановка** – уровень заболеваемости населения и состояние среды обитания на определенной территории в определенное время.

**Служба общественного здравоохранения** – организации в структуре уполномоченного государственного органа здравоохранения, осуществляющие мероприятия по охране и укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

**Укрепление здоровья** – процесс, позволяющий гражданам и сообществам осознать воздействие социальных, экономических, экологических факторов, среды обитания и образа жизни на здоровье и усилить контроль над ними в целях улучшения здоровья.

**Уполномоченный государственный орган** – государственный орган, на который возложена функция разработки, реализации нормативных правовых актов Кыргызской Республики.