



ЦЕНТР АНАЛИЗА
ПОЛИТИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Документ исследования политики № 77

Оценка реализации и эффективности Государственной лекарственной политики Кыргызской Республики на 2007-2010 г.г.

Аида Абдраимова (ЦАПЗ)
Юлия Алешкина (ЦАПЗ)
Лариса Цигельская (ДЛОиМТ)
Айша Сулайманова (ДЛОиМТ)

Бишкек 2012

Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель и задачи оценки.....	4
3. Материалы и методы оценки.....	5
4. Результаты оценки	
4.1. Обзор ГЛП (2007-2010 гг.): логическая структура, механизмы внедрения, ответственные, МиО.....	7
4.2. Обзор современного состояния лекарственного обеспечения населения страны.....	13
4.3. Доступность ЛС	21
4.4. Безопасность и качество ЛС	33
4.5. Рациональное использование ЛС	37
5. Заключение.....	49
6. Рекомендации.....	52
7. Приложение 1 Логическая структура ГЛП.....	54
8. Приложение 2.....	55

Выражение благодарности

Центр анализа политики здравоохранения выражает признательность всем руководителям Центров семейной медицины и аптечных учреждений г. Бишкек, Чуйской, Иссык-Кульской и Ошской областей, принимавших участие в данном исследовании, за содействие и большой вклад при сборе информации.

Особую благодарность хотели бы выразить Немецкому банку развития (KfW) за предоставление финансовой поддержки для проведения настоящего исследования.

Принятые сокращения

БА	Бронхиальная астма
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГЛП	Государственная лекарственная политика
ГСВ	Группа семейных врачей
ДП ОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне
ДЛО и МТ	Департамент лекарственного обеспечения МЗ КР
ГБ	Гипертоническая болезнь
МЗ КР	Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
ПЖВЛС	Перечень жизненно-важных лекарственных средств
НД	Нормативные документы
МНН	Международное непатентованное наименование
ИМН	Изделия медицинского назначения
КР/КП	Клинические руководства,/клинические протоколы
ЛС	Лекарственные средства
ЛПУ	Лечебно-профилактические учреждения
ТУ (ФОМС)	Территориальное управление
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ФОЛС	Формуляр основных лекарственных средств
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЯБЖ	Язвенная болезнь желудка

1. Введение

Важнейшими мероприятиями, направленными на обеспечение населения качественными и эффективными лекарственными средствами и их рациональное использование, были разработка и внедрение на государственном уровне Государственной лекарственной политики (ГЛП), являющейся важной составной частью национальной политики в области здравоохранения.

Формат документа был предложен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и ориентирован на страны, имеющие ограниченные финансовые возможности, и является итогом деятельности государства в достижении целей по лекарственному обеспечению населения.

В 1998 году Правительством КР была утверждена первая ГЛП, направленная на улучшение здоровья посредством лучшего доступа к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, которая периодически пересматривается (2001, 2007) с учетом меняющихся приоритетов.

Приоритетные направления ГЛП, принятой в 2007 году, были согласованы с задачами, поставленными в Национальной программе реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 годы.

В настоящее время отмечается значительный прогресс в развитии фармацевтического сектора: разработано и внедрено соответствующее законодательство в сфере лекарств, построена государственная контрольно-надзорная система за обращением лекарственных средств. Однако, несмотря на проводимые мероприятия, вопросы контроля качества лекарств остаются вопросами первостепенной важности, поскольку существует потенциальная опасность наличия субстандартных или фальсифицированных лекарств на рынке, вследствие ослабления системы регулирования лекарств и несбалансированности политики правительства между обязательствами, принятыми в Государственной лекарственной политике и политике Правительства КР по улучшению бизнес среды в Кыргызстане.

Законодательство в полной мере не наделяет регулирующий орган ДЛО и МТ при Минздраве полномочиями по контролю рынка: резкое сокращение числа проверок, устранение механизма внезапности проверок. Это подтверждено результатами независимого исследования качества ЛС¹, находящихся в обращении в аптеках разных регионов республики; в среднем 18 % закупленных для испытаний образцов в аптеках оказались не прошедшими сертификацию в ДЛО и МТ (ЛС оказавшиеся на рынке нелегальным путем), обнаружено 19 % образцов, вызывающих сомнение по различным параметрам: описание, маркировка, подлинность.

Актуальными также являются вопросы доступности ЛС сельскому населению, составляющему около 66% населения страны. Для решения данных задач проводятся мероприятия, направленные на улучшение доступности ЛС для сельского населения путем пересмотра стандартов, регламентирующих деятельность мелкорозничной сельской аптечной сети и допуска к реализации ЛС с правом открытия сельских аптечных пунктов при ГСВ и ФАПх медицинских специалистов (врачи, медицинские сестры) после прохождения соответствующего обучения. В настоящее время на осуществление данной деятельности выдано 212 сертификатов медицинским

¹ КАЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ, ОТЧЕТ по исследованию фармацевтического рынка Кыргызской Республики на наличие фальсифицированных и субстандартных лекарственных средств с помощью Минилаба

работникам. Однако в данный момент нет данных о работе переобученных специалистов в отделенных селах в аптечных учреждениях.

Следует отметить, что согласно рекомендациям ВОЗ должна регулярно проводиться оценка внедрения ГЛП. В рамках проекта «Реформирование сектора здравоохранения 1, 2» (1998-2005), финансируемого ВБ, регулярно проводилась оценка принятых ГЛП на основе руководства ВОЗ «Ключевые индикаторы для оценки фармацевтической ситуации в стране» с 2001 по 2005 годы. На основе полученных результатов исследования разрабатывались проекты следующих ГЛП.

На основании вышеизложенного, в связи с завершением сроков реализации третьей ГЛП необходимо провести оценку ее реализации, включая вопросы изучения доступности лекарств сельскому населению с целью выработки рекомендаций для пересмотра и разработки ГЛП на период 2013-2016 годы. В рамках данного исследования планируется создание рабочей группы по пересмотру и разработке следующего проекта ГЛП.

2. Цель и задачи оценки

Цель:

Проведение оценки Государственной лекарственной политики (ГЛП) (2007-2010 г.г.) и анализа ее эффективности с целью выработки рекомендаций для пересмотра и разработки проекта Государственной лекарственной политики КР на 2013-2016 гг.

Основные вопросы:

1. Оценка ГЛП – как программного документа, структура, механизмы реализации, инструменты мониторинга и оценки.
2. Каковы фактические результаты реализации ГЛП, в какой мере они соответствуют заявленным целям?
3. Каковы приоритетные направления для дальнейшей работы по обеспечению доступа к эффективным, безопасным и качественным ЛС?

Задачи исследования:

1. Обзор современного состояния лекарственного обеспечения населения страны

В рамках данной задачи проведен анализ существующей нормативно-правовой базы (включая политики, программы, законы, и другие документы, регламентирующие обращение лекарств), инфраструктуры, ассортимента и объема рынка лекарственных средств. В связи с этим был проведен анализ существующих документов, регламентирующих фармацевтическую деятельность, показателей деятельности органа, ответственного за лекарственное обращение, Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники.

2. Анализ физической и экономической доступности ЛС населению

В рамках данной задачи проведен сравнительный анализ доступности к ЛС у городского и сельского населения с точки зрения (а) физической доступности; (б) экономической доступности. Для этого также были использованы данные обследования домохозяйств и других доступных исследований, а так же проведен сбор данных на основе стандартизованных индикаторов по методологии ВОЗ. Формы исследования по методологии ВОЗ были адаптированы: для определения физической

доступности лекарств был составлен список лекарств, применяемых для наиболее распространенных заболеваний (25 наименований). Определение экономической доступности лекарств было основано на изучении стоимости курсового лечения для 3 распространенных заболеваний (ГБ, ЯБЖ и БА).

3. Описание механизмов, обеспечивающих безопасность и качество лекарственных средств

В рамках этой задачи был проведен обзор механизмов, которые были созданы для обеспечения качества лекарств на территории республики. Был проведен анализ существующих документов, включая отчеты других проведенных исследований, а так же интервью с ключевыми лицами, вовлеченными в реализацию данных механизмов.

4. Изучение факторов, влияющих на эффективность и рациональное использование лекарственных средств

В рамках данной задачи были рассмотрены такие аспекты обеспечения эффективности и рационального использования как (1) внедрение в учреждениях здравоохранения инструментов, способствующих рациональному использованию лекарственных средств (Формуляр ОЛС, ПЖВЛС, КР/КП); (2) изучение практики назначения врачами ЛС в учреждениях первичного уровня (ЦСМ) на основе анализа амбулаторных карт; (3) отпуск лекарств из аптечных учреждений (выписывание рецептов врачами и отпуск лекарств из аптечных учреждений).

3. *Материалы и методы оценки*

3.1. Методы сбора данных

Для сбора данных по поставленным задачам были использованы следующие методы:

- 1. Анализ вторичных источников информации**, включающий анализ статистических данных, данных проводимых исследований, отчетов различных организаций, а так же нормативно-правовых документов и других релевантных источников информации.
- 2. Проведение интервью** с сотрудниками МЗ КР и ключевыми лицами, вовлеченными в реализацию Государственной лекарственной политики. Данный метод был использован с целью определения эффективности вмешательств, проводимых в стране, и факторов, влияющих на нее, а так же для определения направлений, требующих дальнейших усилий.
- 3. Проведение полу-структурированных интервью** с медицинским персоналом организаций здравоохранения (ЦСМ) для изучения их практик назначения лекарств; а так же с населением, с целью определения практики отпуска лекарств из аптечных учреждений.
- 4. Сбор данных на основе стандартизованных форм исследований** руководства ВОЗ «Ключевые индикаторы для оценки фармацевтической ситуации в стране» для изучения физической и экономической доступности лекарств, практики врачей в вопросах назначения лекарств.

3.2. Материалы исследования

1. Формат руководства ВОЗ «Ключевые индикаторы для оценки фармацевтической ситуации в стране» («Core indicators on country pharmaceutical situation», June 2001),

2. «Как осуществлять наблюдение за использованием лекарственных средств в учреждениях здравоохранения» («How to investigate drug use in Health facilities», Action Programme on Essential Drugs, WHO, Geneva,).
3. Индикаторы мониторинга и оценки внедрения Государственной лекарственной политики Кыргызской Республики на 2007-2010 годы, утвержденные приказом Министерства здравоохранения КР от 19 марта 2007 года N 123.
4. Данные исследований «Здоровье, обращение за медицинской помощью и наличные расходы «из кармана» пациентов» (2001-2010 г.г.); «Оценка влияния инициатив сельских аптек на доступность к медикаментам в Кыргызстане» (2007 г.).
5. Документ исследования политики «Изучение факторов, влияющих на использование генерических лекарственных средств», ЦАПЗ, 2009г.
6. Система автоматизированного учета ввозимой на таможенную территорию КР фармацевтической продукции (Автоматизированная программа по ввозу ЛС и ИМН) Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники при МЗ КР.
7. Реестр лицензиатов, осуществляющих фармацевтическую деятельность в КР, Система автоматизированного учета юридических и физических лиц, осуществляющих фармацевтическую деятельность в КР.

3.3. Отбор организаций и регионов

Исследование было проведено в г. Бишкек и трех областях республики: Ошской, Иссык-Кульской, Чуйской.

Учреждения, подлежащие обследованию, были отобраны методом случайной выборки. Все учреждения этих областей были пронумерованы, затем методом генерации случайных чисел отобраны по 6 ГСВ в каждом регионе (Таблица 1).

Предварительная выборка аптечных учреждений для сбора данных не производилась. В процессе исследования выбирались по два аптечных учреждения, ближайшие в географическом отношении к каждому из заранее определенных медицинских учреждений (ГСВ), то есть ближайшие аптечные учреждения, где пациент мог приобрести прописанные ему на приеме врача лекарственные препараты. Кроме того, данные аптечные учреждения обязательно должны были иметь договор с ТУФОМС на право работы по ДПОМС.

Таблица 1. Обследованные учреждения в разрезе районов

Наименования регионов	Количество ГСВ	Количество аптечных учреждений
гор.Бишкек, всего	6	6
ЦСМ №5	2	2
ЦСМ №2	2	2
ЦСМ №15	2	2
Иссык-Кульская область, всего	6	6
г.Каракол	2	2
Тюпский район	2	2
Аксуйский район	2	2
Чуйская область, всего	6	6
г. Токмок	2	2
Сокулукский район	2	2
Иссык-Атинский район	2	2

Ошская область, всего:	6	6
Карасуйский район	2	2
Ноокатский район	2	2
г.Ош	2	2

3.4. Отбор врачей ГСВ

Для участия в опросе были привлечены все семейные врачи ГСВ, присутствовавшие на рабочем месте в момент исследования. Опрос врачей проводился анонимно.

Всего было опрошено 122 врача в трех областях КР и г.Бишкек, в Таблице 2 представлено территориальное распределение респондентов. Средний стаж работы респондентов составил 21,8 лет.

Таблица 2. Территориальное распределение респондентов

область	кол-во
Бишкек	33
Иссык-Куль.обл.	28
Ош.обл.	32
Чуй.обл.	29
Итого	122

3.5. Отбор амбулаторных приемов пациентов

Определение индикаторов рационального использования лекарств, то есть практика назначений врачами лекарств (среднее количество лекарственных средств, прописываемых за одно посещение, процент назначения антибиотиков, инъекционных лекарственных средств, процент лекарственных средств, прописанных из ПЖВЛС) было основано на рабочей практике врачей ЦСМ при лечении различных острых и хронических заболеваний. Амбулаторные приемы рассматривались ретроспективно, исходя из данных зафиксированных в медицинской документации – амбулаторных картах больного. Для исследования в каждом учреждении (ГСВ) отбиралось по 20 амбулаторных карт, и рассматривались посещения больных в период с января 2010 года по сентябрь 2011 года.

3.6. Отбор пациентов

С целью изучения практики населения приобретения лекарств в аптечных учреждениях был проведен опрос пациентов, которые побывали на приеме врача и пришли в аптечное учреждение за лекарствами. С этой целью опрашивалось и велось наблюдение за 30 пациентами в каждом аптечном учреждении, общее количество опрошенных пациентов составило 720 человек.

4. Результаты оценки

4.1 Обзор ГЛП: структура, механизмы внедрения, МиО

4.1.1. Предпосылки разработки и внедрения ГЛП в Кыргызстане

До начала экономических реформ в Кыргызской Республике существовала организационная модель сети аптечных учреждений, которая хорошо сочеталась с административной системой управления. Обеспечение населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами осуществлялось на центральном уровне. После перехода республики на рыночный путь была проведена приватизация аптечной сети республики, кроме больничных аптек. С разрушением централизованной системы поставок и регулирования лекарственного обеспечения в фармацевтическом секторе наблюдался кризис, который также усугублялся ограниченным финансированием здравоохранения. В данный период без проработанной и официально принятой государственной лекарственной политики достаточно трудно было определить, что и как необходимо осуществить для преодоления трудностей переходного периода. Предпосылками для создания национальной политики являлись также недостаточный доступ населения к лекарственным средствам и необходимость рационального использования лекарственных средств в учреждениях здравоохранения.

В связи с этим, еще в сентябре 1994 года на консультативной встрече ВОЗ, было заложено начало разработки документа по лекарственной политике. На данной встрече совместно с экспертами ВОЗ были определены цель и основные задачи будущей политики Кыргызстана в области лекарственного обеспечения населения.

Окончательный документ по лекарственной политике был разработан в декабре 1997 года на рабочем совещании, организованном ВОЗ с участием представителей Администрации Президента, Правительства и Жогорку Кенеша Кыргызской Республики, международных и общественных организаций.

Данный проект был представлен для обсуждения фармацевтической общественности республики на Конференции фармацевтических работников в декабре 1997 года. После обсуждения проект Плана мероприятий по реализации Государственной лекарственной политики был внесен на рассмотрение в Правительство Кыргызской Республики и утвержден ППКР от 4 декабря 1998 года №794 «О Государственной лекарственной политике Кыргызской Республики».

С принятием первой Государственной лекарственной политики в Кыргызстане были созданы механизмы и органы, с помощью которых начала регулироваться фармацевтическая деятельность. В связи с тем, что большая часть поставленных задач в ГЛП была решена, и в секторе здравоохранения продолжались активные реформы, возникла необходимость пересмотра ГЛП.

С этой целью в июне 2001 года состоялась конференция с участием представителей Администрации Президента, Правительства, Жогорку Кенеша Кыргызской Республики, ЕРБ/ВОЗ, Всемирного Банка, ряда других международных организаций, медицинской и фармацевтической общественности республики, на которой были подведены итоги работы по реализации Государственной лекарственной политики за период 1998-2001 гг., и внесены предложения по разработке нового проекта Государственной лекарственной политики. На данной конференции,

экспертами ВОЗ была дана высокая положительная оценка по внедрению лекарственной политики в Кыргызстане.

При содействии ЕРБ/ВОЗ в сентябре 2001 года состоялось второе рабочее совещание по разработке Плана действий по выполнению пересмотренной Государственной лекарственной политики с участием всех заинтересованных сторон.

Основное внимание на данном рабочем совещании было уделено разработке Плана мероприятий по реализации ГЛП. В Плане были выделены основные мероприятия, определены сроки выполнения и указаны ответственные исполнители.

Второй проект ГЛП с Планом мероприятий по реализации ГЛП был утвержден ППКР от 15 октября 2002 года № 704 «О Государственной лекарственной политике Кыргызской Республики».

С принятием Плана мероприятий по реализации ГЛП существенное значение было придано мониторингу ее внедрения, в связи с чем в марте-апреле 2001 года при поддержке Европейского Регионального Бюро ВОЗ и Всемирного Банка было проведено базовое исследование по оценке ГЛП и доступности основных лекарственных средств. В 2003 и 2005 годах были проведены последующие исследования внедрения ГЛП.

На основании проведенных исследований реализации ГЛП был разработан третий проект ГЛП, который утвержден ППКР от 12 января 2007 года № 11 «О Государственной лекарственной политике Кыргызской Республики на 2007-2010 годы».

В ГЛП на 2007-2010 гг. основное внимание было направлено на доступность лекарственной помощи сельскому населению страны, на увеличение объема рынка лекарственных средств, борьбу с контрабандными фальсифицированными лекарственными средствами, создание информационных систем в фармацевтической отрасли. Необходимо отметить, что разработка данного проекта ГЛП и результаты предыдущей не столь широко обсуждались со стороны Правительства, ЖК и других ведомств, как прежде, возможно, в связи с тем, что международные доноры определили, что данный процесс налажен и далее должен осуществляться средствами государственных органов.

4.1.2. Структура ГЛП (2007-2010 гг.)

Как стратегический документ, ГЛП на 2007-2010 г.г. имеет цель и девять основных задач, которые должны способствовать достижению данной цели. Согласно формулировке основной цели «Обеспечение гарантированного доступа населения Кыргызской Республики к высокоэффективным, безопасным, качественным лекарственным средствам по приемлемым ценам и их рациональное использование», в лекарственной политике можно выделить четыре направления:

1. обеспечение физической доступности ЛС;
2. обеспечение экономической доступности ЛС;
3. обеспечение безопасности и качества ЛС;
4. обеспечение эффективного и рационального использования ЛС.

В связи с этими направлениями, было сформулировано девять разделов, которые включают краткое описание ситуации и основные направления деятельности в рамках ГЛП. К документу так же приложен план мероприятий, ориентированный на девять основных разделов ГЛП и обозначающий цели мероприятий, перечень мероприятий, сроки реализации и ответственных лиц.

Сильные стороны

Среди сильных сторон в отношении структуры ГЛП можно отметить следующее:

1. Преемственность. Структура существующей ГЛП отражает рекомендации ВОЗ. ГЛП на 2007-2010 гг. была разработана на основе преемственности с предыдущей государственной лекарственной политикой (2001-2005 г.г.) и Национальной программой реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» на 2006-2011 гг.

2. Ориентация на значимость мероприятий. Разработка документа осуществлялась с учетом результатов мониторинга внедрения государственной лекарственной политики в КР². ГЛП, реализовывавшаяся в период с 1998 по 2005 г.г., обеспечила качественные изменения и динамичное развитие фармацевтического сектора страны. Однако проблемы, связанные с доступом населения к лекарствам и их рациональным использованием, оставались актуальными и имели политическое и социальное значение, в связи с чем большинство предусмотренных вмешательств были ориентированы именно на эти проблемы.

3. Ориентация на выполнимость. Направления и мероприятия ГЛП разрабатывались не только с учетом стоящих перед фармацевтическим сектором проблем, но и с учетом их приоритизации и фактической выполнимости. Так, проблемы, для решения которых на тот момент не было создано никаких условий, учитывались, но механизмы по их преодолению не обозначались. Т.е. в целом, в данном документе соблюдается ориентация на выполнимость предусмотренных мероприятий.

Слабые стороны

1. Нечеткие формулировки задач. В формулировке задач стратегического документа должны быть озвучены ожидаемые результаты, на которые ориентирована данная политика. В рассматриваемом документе формулировка задач не всегда носит четкий характер с ориентацией на определение ожидаемого результата. Одни из них практически дублируют цель, как, например, «*Обеспечение населения доступными, эффективными, безопасными и качественными ЛС*», другие сформулированы как конкретные мероприятия: «*создание рабочих мест в фармацевтическом секторе*», или «*внедрение Перечня жизненно важных лекарственных средств*». В формулировке отдельных задач обозначено сразу несколько направлений: «*Развитие информационной системы в области ЛС, разработка эффективных мер по информированию специалистов и населения*».

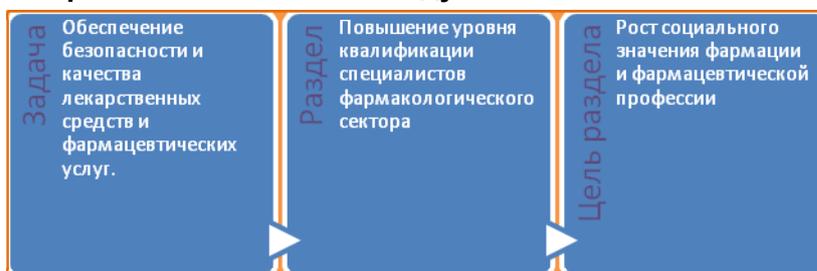
2. Логическая связь между компонентами документа. Не все компоненты документа (цель, задачи, разделы, и план мероприятий) имеют логическую связь между собой (Приложение 1, Рисунок 1).

На достижении одних задач сосредоточено несколько разделов, тогда как другие задачи остаются почти неохваченными, или связь между задачей (ожидаемым результатом) и разделом, в котором описываются мероприятия по его достижению,

² Отчет по мониторингу внедрения ГЛП в КР. ГУКВ, ДЛОИМТ, ФОМС. Б.2005 .

неочевидна. Названия отдельных разделов и их подпунктов сформулированы в отрыве от формулировки общей цели и задач. В плане мероприятий цели отдельных разделов не всегда совпадают с общими задачами ГЛП (Рисунок1). Главным фактором, обуславливающим нарушение логики ГЛП, является недостаточно проработанная формулировка задач.

Рисунок 1. Пример логической связи между компонентами ГЛП



4.1.3. Механизмы реализации ГЛП

В рамках реализации Государственной лекарственной политики было запланировано 62 мероприятия. Основным исполнителем ГЛП выступает МЗ КР, его участие обозначено в 49 мероприятиях. Участие ДЛОиМТ обозначено в 30 мероприятиях. Кроме того, в реализацию ГЛП были вовлечены другие министерства и государственные органы (11 мероприятий), международные организации, включая ВОЗ (9 мероприятий), образовательные учреждения (9 мероприятий), ФОМС (5 мероприятий), НПО (6 мероприятий). Всего ответственными за реализацию ГЛП обозначено 15 различных министерств и ведомств.

Анализ Плана мероприятий по реализации ГЛП показал, что большей частью выполнены те мероприятия, которые отражают основные функциональные обязанности ДЛО и МТ, большинство же мероприятий, которые требовали межсекторального сотрудничества остались не реализованными.

Например, «Разработка совместно с Государственной таможенной инспекцией при Правительстве Кыргызской Республики плана мероприятий до 2010 года по пресечению незаконного ввоза лекарственных средств в Кыргызскую Республику»³ требует вовлечения МЗ КР, Государственной таможенной инспекции и других ведомств. Формально план был составлен и утвержден, но мероприятия не были реализованы.

Другое мероприятие «Проработать механизм закрепления в селах специалистов с высшим и средним фармацевтическим образованием»⁴, где исполнителями являлись местные госадминистрации и органы местного самоуправления, также не был реализован. Основная причина сложностей в реализации мероприятий, основанных на межсекторальном подходе и требующих вовлечения структур на уровне Правительства, связана в первую очередь, с нестабильной политической ситуацией в стране, которая обусловлена частой сменой Правительства, руководителей соответствующих министерств и ведомств. Связанные

³ Мероприятие 5.6.

⁴ Мероприятие 4.3

со сложной политической ситуацией проблемы, частые внеочередные выборы в Парламент и Президента КР отодвигают приоритет реализации ГЛП на задний план.

4.1.4. Мониторинг и оценка (МиО) Государственной лекарственной политики

Система МиО государственной лекарственной политики включает в себя:

- 1) План мероприятий, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения КР № 123 (19 марта в 2007 года);
- 2) Показатели МиО внедрения Государственной лекарственной политики КР на 2007-2010 гг., включающие сформулированные индикаторы, единицы их измерения, частоту и источник сбора данных и исполнителей, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения КР № 123 (19 марта в 2007 года).
- 3) Согласно данного приказа общее руководство и координация Плана мероприятий по реализации ГЛП возложены на ДЛОиМТ. Приказом МЗ КР так же определена ответственность структур, вовлеченных в процесс реализации ГЛП, в отношении отчетности по показателям реализации.

Сильные стороны

- (1) **Преимственность.** Структура плана по МиО соответствует плану мероприятий и включает показатели по всем целям разделов ГЛП. Таким образом, мониторинг ГЛП позволяет отслеживать процесс реализации ГЛП.
- (2) **Инструменты МиО.** Система МиО Государственной лекарственной политики включает в себя как сбор рутинной информации по выполнению основных мероприятий, так и исследования, связанные с достижением результатов, эффективности и влияния ГЛП. В течение 2007-2010 гг. было проведено несколько исследований, прямо или косвенно затрагивающих эти вопросы, в том числе «Изучение факторов, влияющих на использование генерических лекарственных препаратов», «Здоровье, обращение за медицинской помощью и наличные расходы «из кармана» пациентов»⁵.

Слабые стороны

- (1) **Отсутствие раздела по индикаторам целей и задач ГЛП.** Государственная лекарственная политика – рамочный документ, который должен ориентироваться на долгосрочные цели. Но в пакете показателей ГЛП отсутствует отдельно выделенный раздел, содержащий индикаторы целей и задач. Отдельные показатели, относящиеся к влиянию и эффективности политики, включены в перечень индикаторов по мероприятиям.
- (2) **Формулировка индикаторов.** В пакет показателей включен перечень индикаторов и единиц их измерения, однако базовые и целевые значения индикаторов не определены. Формулировки индикаторов не всегда соответствуют формуле SMART⁶ (Рисунок 2).

⁵ Исследования проведены ЦАПЗ при поддержке ВОЗ/DFID. Аналитические отчеты доступны на сайте www.hpac.kg

⁶ S (specific)M (measurable) A (achievable) R (realistic) T (time-bound): специфичный, измеримый, достижимый, реалистичный, соотносимый с конкретными сроками

- (3) **Один исполнитель.** Разработка, реализация, мониторинг и оценка государственной политики возложены, по сути, на одного исполнителя: Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники. Такая система не может быть достаточно эффективной, т.к. отсутствует функция внешнего контроля за исполнением и достижением результатов.

Рисунок 2. Примеры индикаторов, не соответствующих SMART

Пример индикатора ГЛП	Слабые стороны
Количество разработанных клинических протоколов	Отсутствие целевых показателей, несоответствие SMART
Изменение цен на мониторируемые ЛС из ПЖВЛС	Отсутствие целевых показателей, несоответствие SMART
Экономическая доступность ключевых ЛС для мониторируемых заболеваний	Отсутствие целевых показателей, несоответствие SMART

4.2. Обзор современного состояния лекарственного обеспечения населения страны

4.2.1 Обзор основных нормативных документов, регламентирующих фармацевтическую деятельность

Согласно утвержденной ГЛП одним из важнейших условий обеспечения населения безопасными и качественными лекарственными средствами является постоянное совершенствование законодательной базы фармацевтической отрасли. Важнейшими задачами, которые были запланированы в рамках реализации ГЛП, являлись разработка ряда подзаконных актов для реализации Закона КР «О лекарственных средствах», разработка нормативных документов, способствующих развитию сельской аптечной сети, законодательное выполнение требований соответствующих документов по обеспечению безопасности и качества ЛС и принятие мер с целью ужесточения административного и уголовного наказания за нарушение процедуры производства ЛС, нелегальный ввоз и распространение ЛС.

В рамках реализации ГЛП была проведена серьезная работа по разработке и пересмотру законодательства, регламентирующего отношения в сфере обращения лекарственных средств. Важнейшим законом в сфере обращения ЛС является Закон КР «О лекарственных средствах», вступивший в силу 30 апреля 2003 года. Закон создает правовую основу деятельности субъектов обращения лекарственных средств, определяет полномочия и ответственность органов исполнительной власти в сфере обращения лекарственных средств, устанавливает единые требования к обращению с лекарственными средствами в Кыргызской Республике.

Согласно данному Закону регулирование рынка оборота ЛС является ответственностью Министерства здравоохранения и осуществляется через уполномоченный орган Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛО и МТ при МЗКР). Вся деятельность по принятию решений, в том числе проведение технической экспертизы, связанной с процедурой разрешения применения ЛС на территории республики, импорта ЛС, контроля качества и других разрешительных мероприятий находится в компетенции ДЛО и МТ, за исключением регулирования оборота наркотических, психотропных лекарственных средств и прекурсоров.оборот наркотических, психотропных веществ и прекурсоров

регулируется Законом КР «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» (1998г.). Согласно данному Закону вся регуляторная функция в области законного и незаконного оборота наркотических и психотропных веществ осуществляется Государственной службой Кыргызской Республики по контролю наркотиков.

Закон «О лицензировании» (1997г.) регулирует государственное лицензирование структур, занимающихся оборотом лекарственных средств (ввоз, оптовая и розничная реализация ЛС и ИМН, производство ЛС).

Необходимо отметить, что пересмотр законодательства в части усиления ответственности структур, занимающихся оборотом ЛС и направленных на предоставление качественных и безопасных ЛС был затруднен вследствие либерализации, вводимой Правительством республики, для продвижения предпринимательской деятельности и уменьшения вмешательства государства в бизнес. С января 2009 года Правительство страны приняло стратегию по улучшению инвестиционной среды и поддержке предпринимательства с целью устранения барьеров бизнеса, в связи с чем, все ведомства должны устранить противоречия в законодательстве, противоречащие бизнесу. Министерство здравоохранения КР, как пилотная организация, стала одной из первых, кто провел такой анализ, в том числе ДЛО и МТ провел анализ в фармацевтическом секторе по регулируемому влиянию разрешительных документов. В результате проведенного анализа было сокращено на 75% количество требуемых разрешительных документов для юридических и физических лиц, осуществляющих фармацевтическую деятельность. Так, на основании постановления Правительства КР от 05.06.09 г. N 367 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Кыргызской Республики от 25 февраля 2004 года N 103 "Об утверждении Реестра разрешительных документов, выдаваемых органами исполнительной власти и их структурными подразделениями" «Аттестационный сертификат на аптечное помещение», «Сертификат соответствия лекарственных средств», «Сертификат специалиста, занятого в сфере лекарственных средств» исключены из Реестра. В настоящее время в Реестре находится только «Свидетельство о государственной регистрации лекарственных средств».

В соответствии с Законом КР «О порядке проведения проверок субъектов предпринимательства» плановые проверки фармацевтических организаций проводятся раз в год, о чем они должны быть оповещены за 10 дней до проверки. Данное законодательство, предписывающее проведение проверок фармацевтических организаций, не наделяет ДЛО и МТ реальными полномочиями по контролю рынка ЛС и соответственно подвергает потребителей высокому риску, поскольку фармацевтическая деятельность не обособливается от других видов деятельности, как часть системы здравоохранения, требующая специальных профессиональных проверок. Поэтому с 2011 года внедряется новый подход к проведению проверок субъектов предпринимательства. Так, в целях реализации статьи 2 Закона КР «О внесении изменений и дополнений в Закон КР «О порядке проведения проверок субъектов предпринимательства» № 121 Департаментом разработаны «Критерии оценки степени риска деятельности юридических и физических лиц по производству, изготовлению и реализации ЛС и ИМН».

Разработанные Критерии – это количественные и качественные показатели деятельности фармацевтических организаций, позволяющие отнести их к различным степеням риска.

При разработке критериев учитывались специфические особенности лекарственных средств, соотношение польза/риск при их применении пациентами, а также требования к фармацевтическим объектам по обеспечению безопасности и качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

Анализ, оценка и контроль рисков юридических и физических лиц по производству, изготовлению и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения позволят сократить число проверок добросовестных фармацевтических организаций, и сосредоточить усилия инспекторов на объектах с высокой степенью риска.

В целом, в целях дальнейшей оптимизации деятельности по обращению ЛС, необходимо постоянно совершенствовать законодательство. Законодательство должно разрабатываться совместно со всеми заинтересованными лицами и ведомствами и быть доступным для всех заинтересованных сторон. Вовлечение заинтересованных лиц и сторон в разработку и реализацию законодательства и подзаконных положений, позволит им узнать о своих правах и обязательствах и требовать надлежащего исполнения. В свою очередь это будет содействовать исполнению предписанных положений законодательства, поскольку они были сформулированы при полном участии заинтересованных лиц и сторон.

4.2.2. Фармацевтический рынок

В последние годы в КР рынок лекарственных средств динамично развивается, наблюдается его расширение за счет открытия новых фармацевтических организаций, увеличения ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения, увеличения объемов импорта и выпуска продукции отечественных производителей.

По состоянию на 01.12.2011 г. на территории республики официально разрешены к применению 6752 наименования фармацевтической продукции, которые занесены в Государственный Реестр ЛС, разрешенных к применению из них ЛС – 4344, ИМН – 1774, биологически активных добавок – 343, лекарственных средств, применяемых для лечения животных - 291. Кроме того, в соответствии с Законом КР «О лекарственных средствах» ежегодно пересматривается и утверждается список лекарств, которые не зарегистрированы, но также разрешаются к применению. Приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 15 декабря 2011 года N 630 утвержден Порядок формирования Перечня лекарственных средств, разрешенных к ввозу и применению в медицинской практике на территории Кыргызской Республики. В настоящее время данный Перечень включает 1749 наименований лекарственных средств.

В таблице 3 представлена динамика зарегистрированной фармацевтической продукции за последние шесть лет. Как видно из таблицы, количество зарегистрированной фармацевтической продукции по сравнению с 2006 годом увеличилось в два раза.

Таблица 3. Динамика зарегистрированной фармацевтической продукции, 2006-2011 гг.

Год	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Кол-во единиц зарегистрированной фармацевтической продукции	3143	3458	4228	5284	5950	6752

Необходимо отметить, что целый ряд развитых европейских стран, имеют список разрешенных к применению в стране лекарств, не превышающих 1000-2500 наименований.

Данное количество разрешенных к применению в республике лекарств, не является показателем того, что все жизненно-важные препараты доступны населению. В настоящее время продолжают оставаться нерешенными вопросы доступности и наличия на рынке наркотических анальгетиков, онкологических препаратов.

Анализ действующего ПЖВЛС КР показывает, что в составе данного Перечня имеются 51 наименование ЛС, которые не зарегистрированы в КР (16%), а значит не могут применяться и ввозиться на территории страны. В 2011 году не осуществлялся ввоз в страну 63 наименований ЛС (15%), включенных в ПЖВЛС КР 2009 года. Например, из средств для ингаляционного наркоза – галотан, противосудорожных и противоэпилептических средств – фенитоин, средств, влияющих на периферические адренергические процессы – добутамин, антиаритмических средств – прокаинамид, из гормональных средств и их синтетических аналогов – 9 ЛП, плазмозамещающих растворов и средств для парентерального питания, препаратов крови – 6 ЛП, противовирусных средств – 4 ЛП, группы цитостатиков – 6 ЛП, числа вакцин, сывороток, анатоксинов, иммуноглобулинов – 12 ЛП⁷.

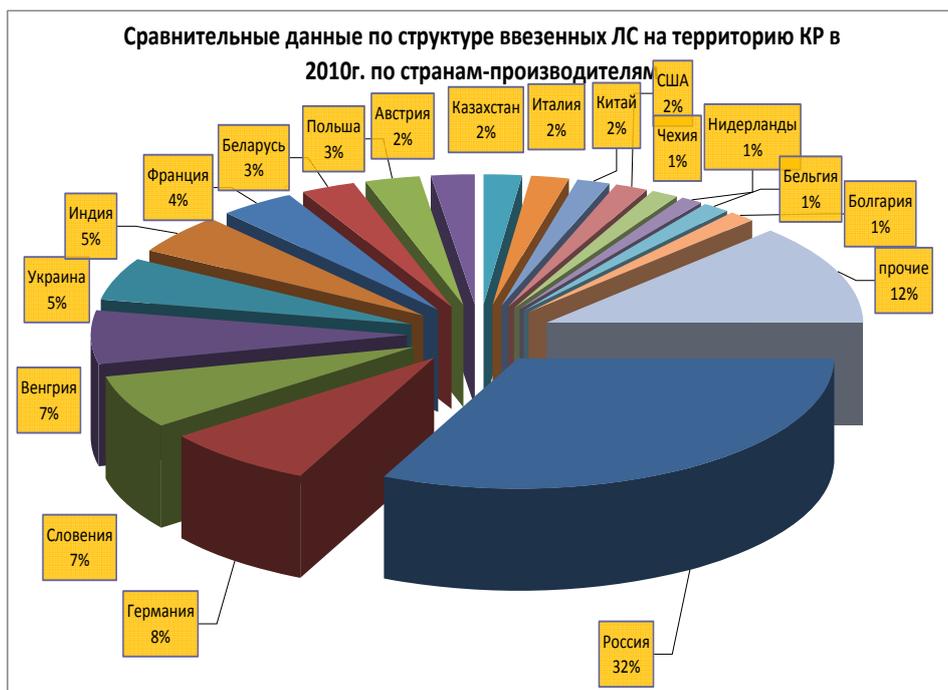
Одним из важных частей ГЛП является развитие отечественного производства ЛС. Согласно ГЛП предполагалось налаживание производства жизненно-важных ЛС согласно требованиям международных стандартов (GMP), подготовка и обучение инспекторов и формирование государственного заказа на производство и поставку жизненно-важных ЛС.

Местными производителями выпускается 218 наименований лекарств и 42 наименования изделий медицинского назначения. Однако на сегодняшний день отечественное производство остается ориентированным в основном на выпуск галеновых препаратов, лекарственного растительного сырья, перевязочных материалов, фасовку спирта этилового. Освоен выпуск небольшого ассортимента таблетированных и инъекционных форм: 24 наименования суппозиторий, 16 наименований таблетированных и капсулированных ЛС, 12 инъекционных ЛС, в основном это растворы для вливаний (физиологический р-р, р-р глюкозы, натрия хлорида и др.).

Поэтому на сегодняшний день Кыргызстан является страной, практически полностью импортозависимой в отношении ЛС, которые ввозятся из 60 стран. Так ЛС, ввозимые из России составляют 32%, из Украины – 5%, Белоруссии – 3%. Из стран дальнего зарубежья больше всего ввозятся препаратов из Германии – 8%, Словении и Венгрии – по 7 %, индийские ЛС составляют 5 %, французские – 4%. (рис. 3).

⁷ ПЕРЕЧЕНЬ ОЛС КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ: РЕКОМЕНДАЦИИ ВОЗ И РЕАЛИИ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ, А.А. Зурдинова, Т.С. Сабирова, А.З. Зурдинов, Г.А. Кулушова

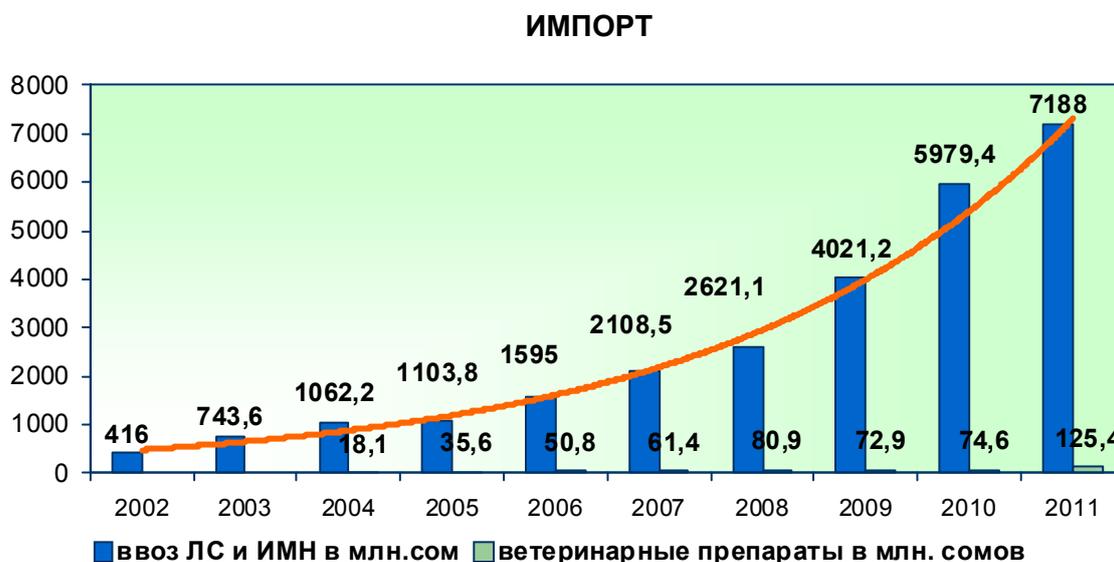
Рисунок 3. Структура импорта ЛС в стоимостном выражении



За последние годы наблюдается значительное увеличение импорта ЛС в страну. Скорее всего, этому способствует либеральное налогообложение в области лекарств (с 2003 года в Кыргызстане отменен НДС на лекарства при ввозе), и рынок лекарств является очень привлекательным для сбыта среди многих зарубежных фармацевтических производителей и дистрибьюторов.

Так, с 2002 по 2011 год объем импорта ЛС и ИМН в Кыргызстан в ценах таможенной стоимости постоянно возрастает, и по сравнению с 2002 годом вырос в 17 раз: с 416 млн. сомов до 7188 млн. сомов (Рисунок 4). А с 2008 года наблюдается ежегодное увеличение импорта на 50 %.

Рисунок 4. Динамика объема рынка фармацевтической продукции в КР, 2002 - 2011 гг.



С увеличением импорта и ассортимента лекарств соответственно увеличивается количество хозяйствующих субъектов, которые занимаются ввозом и реализацией лекарств. По состоянию на 01.12.2011 г. в республике функционирует 2810 фармацевтических организаций: из них 955 аптек, 863 аптечных пункта, 65 аптек при лечебных учреждениях, 418 аптечных киосков, 41 магазинов оптики, 13 магазинов изделий медицинского назначения, 246 оптовых складов и 92 склада изделий медицинского назначения, 34 фармацевтических производственных организаций. Подавляющее большинство аптечных учреждений имеет частную форму собственности в качестве юридических или физических лиц.

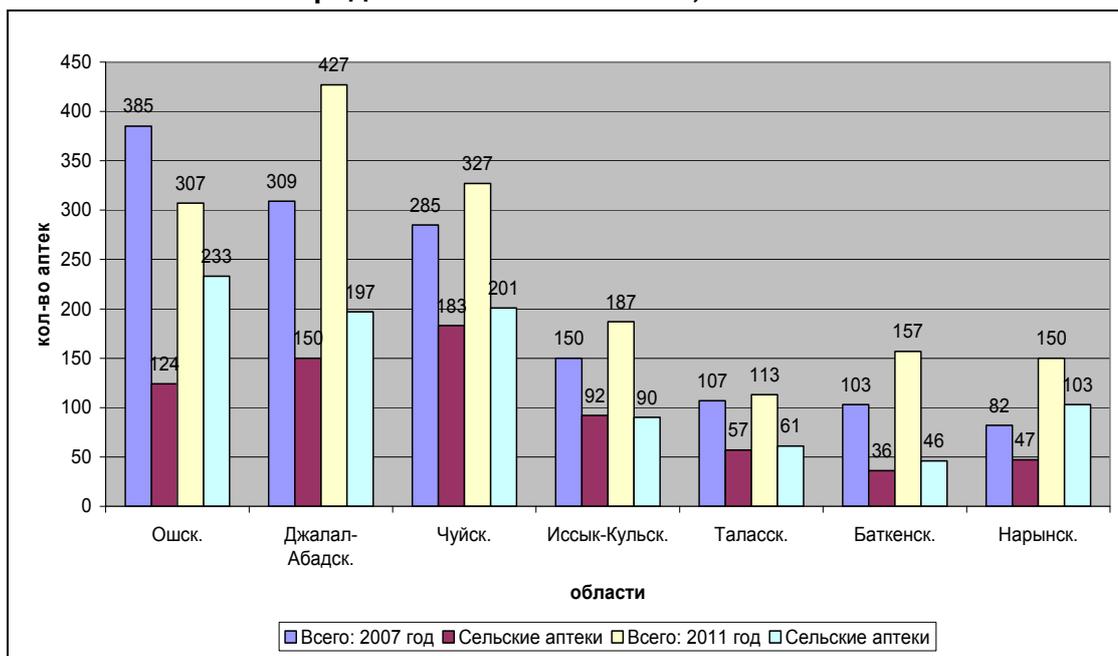
Необходимо отметить, что количество учреждений, которые занимаются ввозом и реализацией лекарств постоянно растет и увеличивается в среднем каждый год на 15%. В среднем количество аптек по республике по сравнению с 1997 годом выросло почти в 3 раза, аптечных пунктов и киосков в 2,5 раза, количество оптовых фармацевтических складов выросло более чем в 3 раза, магазинов и складов оптики и изделий медицинского назначения – в 9,2 раза (Рисунок 5).

Рисунок 5. Количество фармацевтических организаций, 1997-2011 гг.



Необходимо отметить, что в большей части рост розничных аптечных учреждений наблюдается в столице г. Бишкек и центральных городах и районных центрах. На Рис.6 представлена розничная аптечная сеть в разрезе областей КР в сравнении с 2007 годом (по состоянию на сентябрь 2011г.). Количество аптек в селах имеет тенденцию к увеличению, но это в основном аптечные учреждения, которые открываются в районных центрах и крупных селах (Рисунок 6).

Рисунок 6. Соотношение городских и сельских аптек, 2007-2011 гг.



Поэтому, несмотря на ряд проведенных мероприятий (упрощение процедур лицензирования для сельских регионов, переобучение медицинских работников на право работы в аптечных учреждениях), вопрос наличия аптечных учреждений в отдаленных селах остается проблематичным.

В настоящее время в республике 66% населения проживает в сельской местности, и более чем в половине из них нет аптек, так как в основном аптечные учреждения сконцентрированы в городах и районных центрах. Жители сел, где нет аптечных учреждений, вынуждены приобретать необходимые лекарства в соседних селах или городах.

Анализ наличия аптечных учреждений в разрезе регионов показал, что:

- более 70% сельских населенных пунктов по республике не имеют аптечных учреждений;
- численность населения, где в основном отсутствуют аптеки - менее 1500 чел;
- около 1% сел, где нет аптечных учреждений, имеют численность населения более 2500 населения;
- большинство аптечных учреждений сконцентрированы в селах, являющихся районным центром и селах с численностью населения более 8-15 тыс.
- количество аптек в таких селах от 15 до 30.

Так в Чуйской области 327 сел, и в 249 (76 %) из них отсутствуют аптеки. В Иссык-Кульской области 180 сел, в 146 из них нет аптек (81 %). В Таласской области 90 сел, аптеки отсутствуют в 63 (70 %). В Нарынской области 140 сел, в 83 (59 %) без аптек. Самый низкий доступ к лекарственной помощи имеют жители южных регионов республики, где плотность сельского населения самая высокая. В Ошской области 467 сел, в 357 нет аптек, в Жалалабадской области 415 сел, в 321 (77 %) селе нет аптек. И в Баткенской области всего 189 сел, в 151 (79%) из них нет аптек (Приложение 2, Таблица 4).

Таблица 4. Сравнительные данные по сельским аптечным учреждениям в разрезе областей КР (2011 год)

Регион	АУ сельские	Всего сел	Кол-во сел, без аптек	Кол-во сел, без аптек, %
Чуйская обл.	223	327	249	76 %
Иссык-Кульская обл.	86	180	146	81 %
Таласская обл.	63	90	63	70 %
Нарынская обл.	113	140	83	59 %
Ошская обл.	200	467	357	76 %
Жалалабадская обл.	225	415	321	77 %
Баткенская обл.	79	189	151	79 %
Итого:	989	1808	1370	75 %

Как уже было отмечено, Министерством здравоохранения были предприняты меры, направленные на открытие аптечных учреждений в отдаленных селах. С этой целью в отдаленных населенных пунктах, где отсутствуют аптечные учреждения и нет специалистов с фармацевтическим образованием, медицинским работникам (врачам, медицинским сестрам) было разрешено осуществлять реализацию лекарств при отдаленных ГСВ и ФАПх после соответствующего обучения.

Начиная с 2003 года, на право работы в аптечных учреждениях было переобучено 592 медицинских работника, большая часть из них была переобучена на средства различных проектов (ВБ, АБР, КШПРЗ), из них только 111 человек прошли переподготовку повторно и продлили срок действия своего сертификата на право работы. Всего по состоянию на 01.12.2011 г. 212 медработников из отдаленных сел имеют разрешение на реализацию ЛС и ИМН (Таблица 5).

Например, в настоящее время в Нарынской области фактически работает 34 аптечных пункта, в Атбашинском районе всего было переобучено 21 медработников, из них только семеро продлили сертификаты на новый срок и продолжают работать, остальные 14 закрыли аптечные пункты.

Основными причинами закрытия медработниками аптечных пунктов в селах являются отсутствие финансовых средств для закупки лекарств, различные семейные обстоятельства, связанные с переездом в другое село или город, декретные отпуск по уходу за ребенком.

Тем не менее, опыт Нарынской области оказался наиболее удачным, так как там, по сравнению с другими областями в отдаленных селах закрепилось наибольшее число медицинских работников, продолжающих работать в аптечных учреждениях. Связано это с тем, что открытие аптек в селах данной области были осуществлены в рамках проектов, поддерживаемых Азиатским Банком развития и Кыргызско-швейцарским проектом по поддержке реформ здравоохранения.

Таблица 5. Число работающих медработников в разрезе областей, 2011 год

Область	Число медработников с действующим сертификатом	Число переобученных медработников с 2003 года
Нарынская	50	157
Таласская	9	35
Чуйская	14	71
Ысыккульская	28	95
Джалалабадская	29	98
Ошская	61	81
Баткенская	21	55
Итого	212	592

4.3. Доступность лекарственных средств

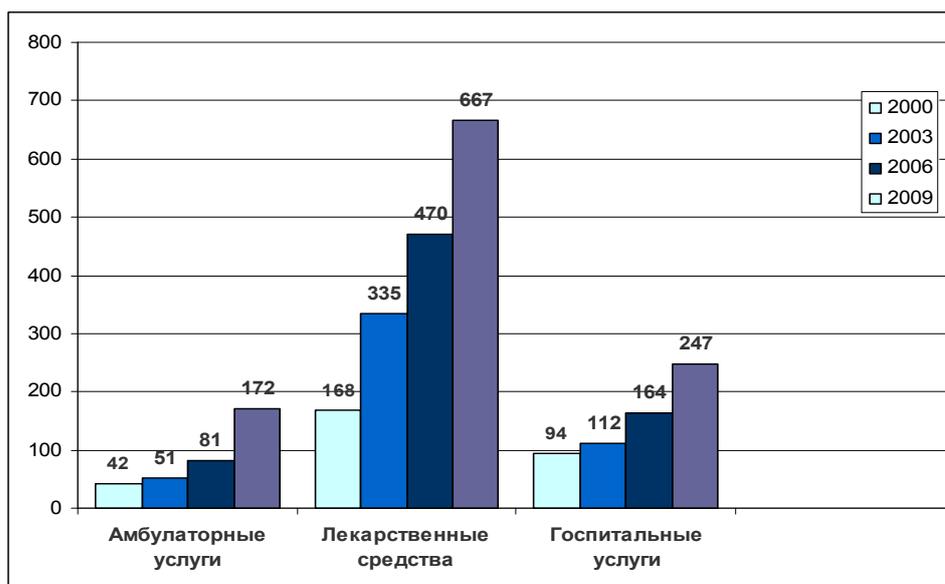
4.3.1. Расходы населения на лекарственные средства и доступность ЛС

С момента принятия первой ГЛП (1998г.) в республике было предпринято много мероприятий, направленных на улучшение доступности лекарств. Налажена работа по отбору лекарств, ввозу лекарств в страну, внедрены механизмы для снижения стоимости лекарств (ДПОМС на амбулаторном уровне для застрахованных граждан), в рамках реализации программы «Манас Таалими» были предприняты дальнейшие шаги по содействию в открытии аптек в сельской местности. Однако на сегодняшний день перечисленные выше процедуры не утратили своей актуальности, несмотря на всю проведенную работу по расширению доступа к основным ЛС, и имеется ряд причин, все еще препятствующих доступности лекарств. Причины такого положения дел носят комплексный характер и не ограничиваются только финансовыми трудностями. Чтобы разобраться в них, необходимо проанализировать рынок ЛС, деятельность правительственных структур, работу врачей, фармацевтов, наконец, поведение самих потребителей — пациентов.

В рамках проведенного исследования «Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001-2010 гг»⁸ было отмечено, что расходы на лекарственные средства в виде общих выплаты из кармана домохозяйств на душу населения являются наиболее высокими из всех расходов, связанных со здравоохранением. Ежегодное номинальное увеличение в расходах на лекарства составляет 33%. Так за период 2000-2009 гг. расходы домохозяйств на лекарственные средства с учетом инфляции увеличились почти в 2 раза. Так, одним из факторов такого существенного увеличения расходов населения на лекарства является рост потребления лекарственных средств и постоянно растущие объемы ввоза лекарственных средств на территорию республики.

⁸ www.hpac.kg

Подушевые расходы в виде выплат из кармана пациентов по уровням предоставления услуг (сом).⁹



Результаты вышеуказанного исследования свидетельствуют о том, что по сравнению с 2007 годом улучшилась физическая доступность лекарств, поскольку 90% пациентов, которым были назначены лекарства врачом, приобрели все выписанные препараты. Этот уровень достаточно высокий, и сохраняется на протяжении последних лет. Кроме того, можно отметить об улучшении экономической доступности лекарств: в 2009 г. 40% респондентов отметили, что не купили лекарства из-за их высокой цены, тогда как в 2000 г. их доля составляла 61%. Территориальная доступность лекарств в данный момент не является острой проблемой в Кыргызстане. Лишь 1% пациентов отметили, что не приобрели лекарства из-за того, что аптека была далеко.

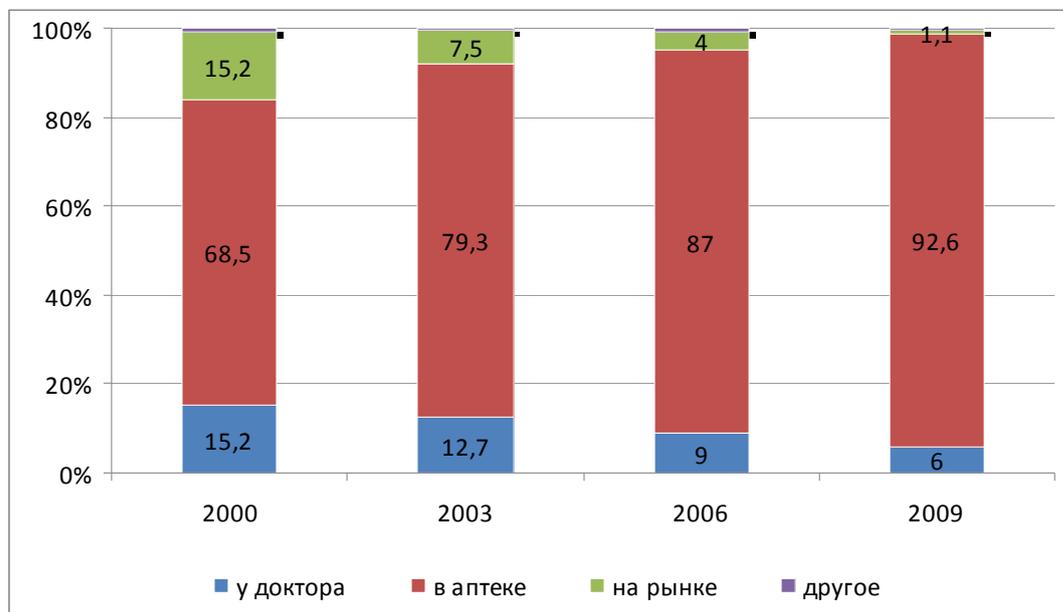
Практика пациентов приобретения назначенных врачом ЛС (4 волны исследований)¹⁰

	2000	2003	2006	2009
Да, приобрели все лекарства	77	91	92	90
Да, но приобрели только некоторые	14	6	5	6
Не приобрели никакие	9	3	3	4
Всего	100%	100%	100%	100%
Среди тех, кто не приобрел препараты, причины по которым не смогли приобрести ЛС				
Не смогли найти	11	17	6	10
Слишком дорогие	61	54	43	40
Не захотели	67	3	47	39
Аптека далеко	-	-	3	1
Другое	22	26	-	10

^{9, 10} Документ исследования политики № 76 Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001-2010 гг.: Юлия Алешкина, Бактыгуль Акказиева, Мелитта Якаб

Еще одним положительным изменением является то, что подавляющее большинство респондентов (92,6%) приобретали лекарства в аптеках, тогда как еще в 2006 году этот показатель составлял 87%, а в 2000 г.- 68,5% (Рис. 7). Данные цифры подтверждают улучшение доступности населения к аптечным учреждениям и улучшению приверженности населения приобретать лекарства в аптеках.

Месторасположение, где лекарственные средства были приобретены¹¹



4.3.2. Доступность ЛС по ДПОМС

Одним из действенных методов обеспечения экономической доступности лекарств населению было введение ДП ОМС на первичном уровне для застрахованных граждан, которая заключается в отпуске лекарственных средств из аптечных учреждений, заключивших договора с ТУ ФОМС, по специальным рецептам. При отпуске ЛС из аптек, больной оплачивает только часть стоимости приобретаемого препарата, часть стоимости возмещается аптеке из средств Фонда обязательного медицинского страхования. В данный момент список возмещаемых лекарств включает 74 наименования лекарственных средств со скидкой до 50 % в зависимости от наименования препарата. Несмотря на то, что ДПОМС была поэтапно внедрена в республике и, начиная с 2003 года, уже были охвачены все регионы страны, на сегодняшний день выделяемые средства для реализации данной программы остаются неосвоенными.

Население остается неосведомленным о реализации своих прав по данной программе в силу того, что многие врачи просто не выписывают рецепты по ДП ОМС. Нежелание врачей выписывать рецепты пациентам для приобретения лекарств со скидкой объясняется тем, что имеются некоторые не отработанные механизмы

¹¹ Документ исследования политики № 76 Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001-2010 гг.: Юлия Алешкина, Бактыгуль Акказиева, Мелитта Якаб

возмещения оплаты за рецепты территориальными управлениями ФОМСа, в результате которых часто врачи вынуждены из кармана оплачивать эти расходы.

В рамках данного исследования, с целью определения влияния ДПОМС, был проведен опрос врачей по их практике выписывания рецептов по ДПОМС и посещены аптеки для изучения отпуска из аптек лекарств по данной программе. Интервьюеры посетили 24 аптечных учреждения в исследуемых регионах, находящихся в непосредственной близости от ЦСМ и имеющих договора с ТУФОМС. В определенный промежуток времени велось наблюдение за 30 пациентами в каждом аптечном учреждении, которые приходили в аптеку и из них, в среднем, только 3% были со специальными рецептами по ДП ОМС, наибольшее количество пациентов, которые приходили в аптеку в рецептами по ДПОМС по Ошской области 5%, по Чуйской области 4%, Иссык-Кульской 3%, а по г. Бишкек ни один из посетивших аптеку пациентов в момент исследования не пришел в аптеку с рецептом ОМС.

Полученные данные указывают на то, что на сегодняшний день все еще имеются причины, препятствующие распространению данной программы вероятнее всего, население все еще остается не осведомленным о своих правах в рамках данной программы

Интервью и глубинные фокус-группы, проводимые в ходе исследования, показали, что в действительности имеется несколько существенных барьеров, в связи с которыми врачи не выписывают лекарства по ДП ОМС:

(1) Лимит на ЛС/финансы, выделенный на каждое учреждение:

«В начале квартала мы спокойно выписываем лекарства (по ФОМС) всем, кто нуждается, но потом у нас уже заканчивается лимит, и мы перестаем выписывать рецепты».

«Из-за лимита мы всегда смотрим, кто-то действительно нуждается в этих лекарствах, а кто-то может позволить себе купить подороже. Тогда этому человеку я честно предлагаю: «Хотите, выпишу дешевое лекарство, а хотите – подороже, но оно эффективнее»...».

(2) Штрафные санкции за «нерациональное» назначение:

«Выписываешь лекарство по ФОМС, например, учителю, она-то 100% застрахованная. А потом выясняется, что отчисления за нее не делались, и нас штрафуют. В общем, мы уже стараемся не выписывать такие лекарства».

«Чтобы выписать лекарство по ФОМС, я должна сначала провести обследование. Есть у меня бабушки, им уже по 80 и больше лет, у них ГБ уже много лет установлена. Она сюда еле-еле доходит, а я, чтобы выписать лекарство, должна ей кардиограмму сделать, еще там другие анализы. Что она будет ходить все это делать? А если, я ее не обследую, меня потом накажут. В общем, я вообще перестала такие лекарства выписывать, т.к. это себе дороже».

(3) Сложность процедуры заверения бланка и сверки об отчислении пациентом средств:

«Мой кабинет находится на первом этаже, а чтобы поставить печать или сверить с базой данных об отчислении, пациенту надо подняться на третий этаж. Он поднимается, а там никого нет. Потом он снова спускается, ждет, снова поднимается. В общем, пациенты сами возмущаются, неудобная это процедура...». У нас нет специального оператора, который бы постоянно делал сверку о застрахованности пациентов и отчислении им средств.

Однако, это не означает, что ДП ОМС не имеет эффективного влияния на финансовую защиту, так как нет информации о том, каковы были бы расходы при отсутствии субсидированных лекарств. Частота, с которой пациенты использовали рецепты по Дополнительной программе ОМС, показывает, что при выписывании рецептов медицинский персонал ориентируется на материальное благосостояние пациента и тяжесть заболевания.

4.3.2. Результаты исследования по изучению физической и экономической доступности лекарств

Изучение физической и экономической доступности лекарств проводилось на основе формата руководства ВОЗ «Ключевые индикаторы для оценки фармацевтической ситуации в стране». Данное руководство используется для оценки существующей структуры и процессов, происходящих в фармацевтическом секторе, и предназначено для быстрой оценки внедрения Национальной лекарственной политики и ее компонентов. Данная методология направлена на изучение степени достижения стратегических задач по улучшению доступа и определяется наличием и доступностью по цене основных лекарственных средств.

Физическое наличие является основной единицей измерения доступа к основным лекарственным средствам. Для изучения физической доступности лекарств определялось наличие в момент исследования в аптеках ключевых лекарственных средств для лечения наиболее распространенных заболеваний.

Данные лекарственные средства для лечения основных заболеваний должны быть в наличии во всех аптечных учреждениях, расположенных в непосредственной близости к учреждениям здравоохранения первичного уровня – ГСВ. Данный показатель выражается в процентах:

Процент доступности ключевых лекарственных средств

Расчет производился по формуле 1:

Формула 1. Расчет показателя доступности (физического наличия) лекарственных средств

Доступность (физическое наличие) ключевых ЛС	=	Количество ключевых ЛС, имеющихся в аптеке	X100
		15	

где 15 – количество ключевых ЛС, включенных в перечень для исследования.

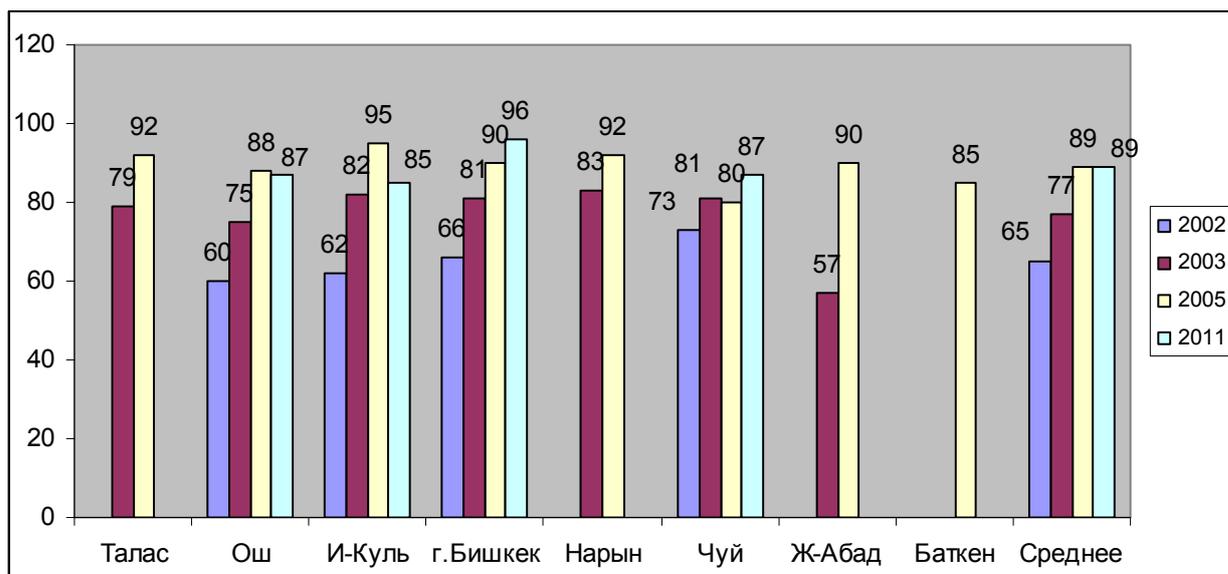
Для исследования физической доступности лекарств были отобраны 15 лекарственных средств, входящих в ПЖВЛС, клинические протоколы по наиболее распространенным заболеваниям и Дополнительную программу ОМС (Таблица 6).

Таблица 6. Перечень лекарственных средств, отобранных для исследования

№п/п	Наименование лекарственных средств	Форма выпуска
1.	Гидрохлортиазид	таблетки
2.	Верапамил	таблетки
3.	Эналаприл	таблетки
4.	Амоксициллин	таблетки
5.	Бекламетазона дипропионат	аэрозоль
6.	Индапамид	таблетки
7.	Тетрациклин	таблетки
8.	Метронидазол	таблетки
9.	Ранитидин	таблетки
10.	Теопек	таблетки (сироп)
11.	Преднизолон	таблетки
12.	Сальбутамол	аэрозоль
13.	Атенолол	таблетки
14.	Парацетамол	таблетки (сироп)
15.	Ко-тримоксазол	таблетки

Результаты проведенного исследования показали, что наличие ключевых лекарственных средств в аптеках по республике в среднем составило 89 %, что соответствует показателю 2005 года. В 2003 году данный показатель составлял 77%, в 2002 году - 65%. Данные показатели свидетельствуют о том, что намного улучшилась физическая доступность лекарственных средств для населения, это связано, в первую очередь, с отменой НДС на лекарства, увеличением объема и ассортимента ввозимых лекарственных средств в республику. В целом по республике сохраняется тенденция улучшения обеспеченности препаратами по регионам от 85% (Иссык-Кульская область) до 96% (г.Бишкек) (Рисунок 7).

Рисунок 7. Доступность лекарственных средств (физическое наличие) в аптеках в 2002-2011 гг., %



Измерение экономической доступности основного медикаментозного лечения также является показателем доступа к жизненно важным лекарствам. Изучение экономической доступности было основано на измерении ценовой доступности лекарств, необходимых для курсового лечения наиболее распространенных заболеваний. С этой целью были использованы клинические протоколы по 3 заболеваниям: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки. Изучение цен проводилось не только на генерические наименования лекарственных средств, которые были указаны в клинических протоколах и соответственно в формах исследования, но и также на самые дешевые торговые наименования, имеющиеся в наличии в аптечных учреждениях на момент исследования. При заполнении форм исследования указывалась наименьшая стоимость лекарственных средств в аптеке. При наличии нескольких торговых или генерических эквивалентов лекарственных средств, выбиралось самое дешевое.

Ценовая доступность медикаментозного лечения выражалась в соотношении стоимости курса лечения к среднестатистической заработной плате государственного служащего (бюджетной заработной плате).

Расчет производился по формуле 2:

Формула 2. Расчет экономической доступности лекарственных средств для лечения заболеваний

$$\text{Ценовая доступность лечения заболевания} = \frac{\text{Стоимость курса медикаментозного лечения в USD}}{\text{Среднестатистическая месячная бюджетная зарплата / 4 недели в USD}} \times 100$$

По данным Национального статистического комитета за 1 полугодие 2011 года номинальная заработная плата работников предприятий, организаций и учреждений

по республике составила 8158 сомов = 174,3 USD (курс доллара за 6 месяцев 2011 года по данным Национального Банка Кыргызской Республики = 46,8 сом).

Экономическая доступность ЛС для лечения бронхиальной астмы

Стоимость курсового лечения бронхиальной астмы определена согласно клинического протокола по 3 степеням тяжести. Исходя из того, что лечение бронхиальной астмы – это длительный, часто пожизненный процесс, рассчитана стоимость лечения в течение 1 месяца.

1. Легкое течение бронхиальной астмы рассчитано по следующей схеме: Беклометазон 250 - 500 мкг /сутки в течение 1 месяца.
2. Среднетяжелое течение бронхиальной астмы - по схеме: ингаляционный кортикостероид (Бекламетазона дипропионат) в сочетании с теофиллинами длительного действия (Теопек) в течение 1 месяца.
3. Тяжелое течение бронхиальной астмы – по схеме: ингаляционный кортикостероид (Бекламетазона дипропионат) + β_2 -агонисты длительного действия (Сальметерол или флутиказона пропионат + сальметерол) в сочетании с теофиллинами длительного действия (Теопек)+поддерживающая доза пероральных кортикостероидов (Преднизолон).

Беклометазон 250 - 500 мкг /сутки (в одной ингаляционной дозе содержится 250 мкг беклометазона).

Таблица 7. Стоимость лечения легкой степени бронхиальной астмы в течение одного месяца

Регион	Средняя стоимость лечения (сом)	Средняя стоимость лечения, (доллар США)	В % к средне месячной заработной плате по республике
Бишкек	371	7,9	4,5
Иссык-Кульская обл.	217,5	4,6	2,7
Ошская обл.	366	7,8	4,5
Чуйская обл.	354	7,6	4,3
Среднее по республике	327	7	4

Стоимость лечения легкой степени бронхиальной астмы по республике составила 327 сом, в 2005 году - 151,9 сом. По регионам стоимость лечения колеблется от 217,5 сом в Иссык-Кульской области до 371 сом в г. Бишкек. Низкая стоимость лечения в Иссык-Кульской области связана с тем, что в аптеках на момент исследования был Беклазон ЭКО по цене 700-750 сом за флакон, а в других регионах – Беклазон Легкое Дыхание по цене от 1180 до 1310 сом за флакон (Таблица 7).

Соответственно самый низкий показатель стоимости лечения по отношению к среднемесячной заработной плате 2,7 % наблюдается в Иссык-Кульской области.

В среднем по республике отношение к среднемесячной заработной плате стоимости лечения легкой степени бронхиальной астмы составила 4 %.

Таблица 8. Средняя стоимость лечения среднетяжелой степени бронхиальной астмы в течение 1 месяца

<i>Регион</i>	Средняя стоимость лечения БА, (сом)	Средняя стоимость лечения, (доллар США)	В % к средне месячной заработной плате по республике
Бишкек	531	11,3	6,5
Иссык-Кульская обл.	377	8,1	4,6
Ошская обл.	584	12,5	7,2
Чуйская обл.	603	12,9	7,4
Среднее по республике	524	11,2	6,4

Стоимость лечения среднетяжелой бронхиальной астмы в среднем по республике составила 524 сом (Таблица 8). В среднем по республике стоимость лечения колеблется в пределах от 377 сом (Иссык-Кульская область) до 603 сом (Чуйская область).

По отношению к среднемесячной заработной плате стоимость лечения среднетяжелой бронхиальной астмы в среднем по республике составила 7,4%.

Таблица 9. Средняя стоимость лечения тяжелой степени бронхиальной астмы в течение 1 месяца

<i>Регион</i>	Средняя стоимость лечения БА (сом)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к средне месячной заработной плате по республике
Бишкек	1899	40,6	23,3
Иссык-Кульская обл.	1583	33,8	19,4
Ошская обл.	1954	41,8	24
Чуйская обл.	1959	41,9	24
Среднее по республике	1849	39,5	22,7

Необходимо отметить, что при тяжелой степени бронхиальной астмы рекомендовано проведение противовоспалительной терапии ингаляционными кортикостероидами (бекламетазона дипропионат) в сочетании с β_2 агонистами длительного действия Сальметерол или фиксированная комбинация флютиказона пропионата + сальметерола.

Однако в регионах ни в одной из обследованных аптек в момент исследования не было в наличии β_2 агонистов длительного действия, ни их комбинаций. В г. Бишкек только в одной аптеке на момент исследования был в наличии Серетид (комбинация флютиказона пропионата + сальметерола).

В связи с этим расчет стоимости лечения тяжелой формы бронхиальной астмы по регионам произведен по стоимости Серетиды в г. Бишкек. Как видно из таблицы стоимость лечения тяжелой степени бронхиальной астмы довольно высокая и в среднем по республике составляет 1849 сом (Таблица 9).

Экономическая доступность ЛС для лечения гипертонической болезни

Согласно действующего клинического протокола медикаментозное лечение гипертонической болезни (ГБ) зависит от степени повышения АД, сопутствующих заболеваний и распределяется на 4 группы по степени риска. В связи с чем, произведен расчет стоимости лечения четырех групп в течение 1 месяца:

1. **ГБ с низким риском** монотерапия (*Атенолол*).
2. **ГБ со средним риском** по схеме бета-блокатор первой линии и антагонисты кальция (*Атенолол+Верапамил*).
3. **ГБ с высоким и очень высоким риском + сахарный диабет** по схеме ингибиторы АПФ в сочетании с недигидропиридиновыми антагонистами кальция и тиазидными диуретиками (*Эналаприл+Верапамил+Индапамид*).
4. **ГБ с высоким и очень высоким риском со стенокардией** по схеме БАБ в сочетании с дигидропиридиновыми антагонистами кальция и ингибиторами АПФ (*Атенолол + Нифедипин+ Эналаприл*).

Таблица 10. Стоимость лечения ГБ с низким риском в течение одного месяца

Регион	Средняя стоимость лечения ГБ (сом)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
Бишкек	35	0,75	0,43
Иссык-Кульская обл.	49,5	1,1	0,6
Ошская обл.	47,7	1,0	0,58
Чуйская обл.	37	0,79	0,45
Среднее по республике	42,3	0,91	0,52

При лечении неосложненной гипертонии с низким риском одним из гипотензивных препаратов (Атенолол) в течение 1 месяца в среднем больному необходимо затратить 42,3 сом, что составляет 0,52 % от среднемесячной заработной платы (Таблица 10).

Самое дешевое курсовое лечение гипертонии низкого риска в г.Бишкек и Чуйской областях и составило 0,43-0,45 % от среднемесячной заработной платы и самое дорогое в Ошской 0,58 % и Иссык-Кульской областях 0,6 % от среднемесячной заработной платы. Высокая стоимость лечения ГБ низкого риска в Иссык-Кульской области обусловлена тем, что в аптечной сети не имелись дешевые генерические препараты, а были в наличии только дорогие торговые наименования.

Таблица 11. Стоимость лечения гипертонической болезни со средним риском в течение 1 месяца

Регион	Средняя стоимость лечения ГБ (сом)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	167	3,6	2,04
Иссык-Кульская обл.	231,5	4,9	2,8
Ошская обл.	222,9	4,8	2,7
Чуйская обл.	171	3,7	2,1
Среднее по республике	198,1	4,2	2,4

Расходы больных гипертонической болезнью со средним риском сердечно-сосудистых осложнений на лечение в течение 1 месяца в среднем обходятся больным в 198,1 сом (Таблица 11). Самое дешевое лечение для больных г. Бишкек – 167 сом и самое дорогое в Иссык-Кульской области – 231,5 сом.

По отношению к среднемесячной заработной плате стоимость лечения ГБ со средним риском осложнений составляют 2,4 % от среднемесячной заработной платы. Наименьшие расходы у таких больных на лечение в г. Бишкек – 2,04 %, наибольшие – в Иссык-Кульской области – 2,8 %.

Расчет стоимости лечения гипертонической болезни с высоким и очень высоким риском в течение 1 месяца показал, что в среднем больному необходимо затратить 352 сом (Таблица 12), что составляет 4,3 % от среднемесячной заработной платы. Лечение данного заболевания в стоимостном выражении колеблется в пределах от 320 сом (г.Бишкек) до 403 сом (Иссык-Кульская область).

Таблица 12. Стоимость лечения гипертонической болезни с высоким и очень высоким риском в течение 1 месяца

Регион	Средняя стоимость лечения ГБ (сом)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	320	6,8	3,9
Иссык-Кульская обл.	403	8,6	4,9
Ошская обл.	341	7,3	4,2
Чуйская обл.	344	7,4	4,2
Среднее по республике	352	7,52	4,3

Лечение гипертонической болезни с высоким и очень высоким риском с сопутствующей сердечно сосудистой недостаточностью в течение 1 месяца в среднем обходится больным в 281 сом и составляет 3,4 % от среднемесячной заработной платы. Наиболее доступно в стоимостном отношении лечение больных в Иссык-Кульской области – 2,4 % от среднемесячной заработной платы и самое дорогое в

г.Бишкек – 5,2 %, связано с тем, что в городских аптеках имеются дорогие торговые наименования гипотензивных препаратов (Таблица 13).

Таблица 13. Стоимость лечения гипертонической болезни с высоким и очень высоким риском со стенокардией в течение 1 месяца

Регион	Средняя стоимость лечения ГБ, сом (Атенолол + Нифедипин + Эналаприл)	Средняя стоимость лечения, доллар США	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	423	9	5,2
Иссык-Кульская обл.	197	4,2	2,4
Ошская обл.	252	5,4	3,1
Чуйская обл.	250,5	5,4	3,1
Среднее по республике	281	6	3,4

Экономическая доступность ЛС для лечения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

Согласно клинического протокола курсовое лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки проводится препаратами первой (трехкомпонентная эрадикационная терапия, включающая амоксициллин + кларитромицин + лансопразол или омепразол) и второй линии (четырёхкомпонентная эрадикационная терапия, включающая ИПП (омепразол, пантопразол и др.), висмута трикалия дицитрат в сочетании с метронидазолом и тетрациклином).

Таблица 14. Стоимость курса трехкомпонентной эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

Регион	Средняя стоимость лечения (сом) (Амоксициллин+ кларитромицин+ Омепразол)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	1383	29,6	16,9
Иссык-Кульская обл.	1252,5	26,8	15,3
Ошская обл.	1249	26,7	15,3
Чуйская обл.	1099	23,5	13,5
Среднее по республике	1246	26,6	15,3

Расходы пациентов на курс недельной трехкомпонентной эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки составляют в среднем по республике 1246 сом. Наиболее дорогое курсовое лечение является для жителей Иссык-Кульской области – 1383 сом, наименьшее у жителей г.Бишкек области –1383 сом (Таблица 14). Дороговизна курсового лечения связана с тем, что стоимость Кларитромицина относительно высока и приобрести его можно было только в аптеках г.Бишкек и в одной аптеке Чуйской области, в аптеках Ошской и Иссык-Кульской областей Кларитромицин отсутствовал, поэтому при расчетах эрадикационной терапии

в Ошской и Иссык-Кульской областях было взято среднее значение Кларитромицина в Чуйской области и г.Бишкек.

По отношению к среднемесячной заработной плате стоимость лечения трехкомпонентной эрадикационной терапии составляет в среднем по республике 15,3% от среднемесячной заработной платы.

Таблица 15. Средняя стоимость курса альтернативной трехкомпонентной эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

Регион	Средняя стоимость лечения (сом) (Амоксициллин+ Кларитромицин + Висмута трикалия дицитрат)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	1631	34,8	20
Иссык-Кульская обл.	1536	32,8	18,8
Ошская обл.	1516	32,4	18,6
Чуйская обл.	1345	28,7	16,5
Среднее по республике	1507	32,2	18,5

При лечении язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки по альтернативной схеме Амоксициллин +Кларитромицин + Висмута трикалия дицитрат в течение семи дней стоимость лечения в среднем по республике составляет 1507 сом (Таблица 15). Стоимость по регионам колеблется от 1345 сом (Чуйская область) до 1631 сом (г.Бишкек).

По отношению к среднемесячной заработной плате стоимость лечения недельной трехкомпонентной эрадикационной терапии составляет в среднем по республике 18,5%.

Таблица 16. Средняя стоимость курса четырех компонентной эрадикационной терапии язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки

Регион	Средняя стоимость лечения (сом) (Метронидазол+ Омепразол +Коллоидный субцитрат висмута+Тетрациклин)	Средняя стоимость лечения (доллар США)	В % к среднемесячной заработной плате по республике
г.Бишкек	519	11,1	6,4
Иссык-Кульская обл.	565	12	6,9
Ошская обл.	522	11,1	6,4
Чуйская обл.	536	11,4	6,6
Среднее по республике	535,5	11,4	6,6

Расходы пациентов на курс 10 - дневной четырехкомпонентной эрадикационной терапии составляют в среднем по республике 535,5 сом. Самое дорогое лечение, 565 сом в Иссык-Кульской области, самое дешевое в г. Бишкек и Ошской области – 522 сом и 522 сом соответственно (Таблица 16).

По отношению к среднемесячной заработной плате стоимость лечения курса четырехкомпонентной эрадикационной терапии составляет в среднем 6,6 %. Наибольшие расходы несут больные в Иссык-Кульской области – 6,9 % от среднемесячной заработной платы. В стоимостном выражении наиболее доступно лечение в г.Бишкек и Ошской области.

4.4. Безопасность и качество ЛС

4.4.1 Существующие механизмы обеспечения качества, проблемы

В настоящее время в республике государственная система обеспечения качества лекарственных средств включает в себя несколько этапов.

- Государственная регистрация;
- Лицензирование фармацевтической деятельности аптечных учреждений, в том числе аптек в структуре лечебно-профилактических организаций;
- Подтверждение соответствия лекарственных средств и изделий медицинского назначения;
- Фармацевтическое инспектирование (надзор).

Все вышеуказанные процедуры взаимосвязаны друг с другом и в совокупности позволяют гарантировать качество, эффективность и безопасность лекарственных средств по всей цепочке обращения: производитель – оптовик – розничное аптечное учреждение/организация здравоохранения – пациент.

Государственная регистрация ЛС и ИМН в Кыргызстане является центральным звеном государственного регулирования лекарственного рынка по всем параметрам: номенклатура допущенных к продаже лекарственных средств, их эффективность, безопасность и фармацевтические аспекты качества, информация для врачей и потребителей, условия реализации (рецептурный или безрецептурный отпуск), составление Государственного Реестра зарегистрированных ЛС.

Процедура Государственной регистрации, как форма оценки соответствия, стандартизирована и проводится в соответствии с ПП КР от 6 апреля 2011 г. № 137 «Об утверждении Технического регламента «О безопасности лекарственных средств для медицинского применения».

Настоящий технический регламент устанавливает порядок и сроки проведения экспертизы и регистрации, требования к необходимому и достаточному для государственной регистрации объему экспертизы, требования к работе экспертных органов Департамента, квалификацию экспертов, порядок привлечения, источники финансирования деятельности экспертов.

В связи с реформированием сферы предоставления государственных услуг Межведомственной комиссией по формированию единого систематизированного реестра (перечня) государственных услуг был рассмотрен проект «Ведомственного Перечня государственных услуг Департамента». В результате платные услуги по экспертизе ЛС и ИМН при регистрации/перерегистрации и по проведению обязательной сертификации и испытаниям ЛС и ИМН отнесены Межведомственной комиссией к функциям государственного регулирования. В связи с тем, что бюджетные средства Департаменту не выделяются, в настоящее время проводится работа по обоснованию платности проведения работ по экспертизе ЛС и ИМН при регистрации.

Достаточно много проблем сложилось вокруг лицензирования деятельности предпринимателей по производству, изготовлению и реализации ЛС и ИМН. Так, в рамках обсуждения проекта Закона КР «О лицензиях и разрешениях» Министерством экономики и антимонопольной политики КР предложено отменить лицензирование производства и реализации лекарственных средств и изделий медицинского назначения в Кыргызской Республике и внести соответствующие изменения в Закон КР «О лекарственных средствах».

Необходимо отметить, что лицензирование фармацевтической деятельности, как механизм государственного регулирования, действует во всех развитых странах.

Лицензирование деятельности по реализации лекарственных средств призвано служить защите прав граждан в получении качественной лекарственной помощи путем недопущения на фармацевтический рынок неподготовленных и недобросовестных хозяйствующих субъектов.

При принятии решений об отмене лицензирования деятельности по реализации ЛС и ИМН надо рассматривать и отдаленные последствия. Любые нарушения условий транспортировки, хранения и реализации, побочные эффекты ЛС и вред здоровью пациентов, возникающий при отмене лицензирования, невозможно будет отследить, а тем более наказать виновных, т.к. продавать лекарственные средства и изделия медицинского назначения при отмене лицензирования сможет любой человек.

На основании ПП КР от 30.12.05 г. № 639 «Об обязательном подтверждении соответствия продукции» лекарственные средства входят в перечень продукции, подлежащей обязательному подтверждению соответствия в форме обязательной сертификации. Департамент и его Южный филиал аккредитованы как орган по сертификации в соответствии с КМС ГОСТ Р ИСО/МЭК 65: 2002 «Общие требования к органам по сертификации продукции» на проведение сертификации ЛС и ИМН согласно области аккредитации. ДЛО и МТ может производить наложение запрета на реализацию фальсифицированных, недоброкачественных и незаконно ввезенных ЛС на территорию страны.

В настоящее время обсуждается вопрос о возможности исключения лекарственных средств из сферы технического регулирования.

Необходимость назрела в связи с тем, что лекарственные средства – это особый товар, и обеспечиваться, и гарантироваться со стороны государства должна не только безопасность лекарств, но и такие характеристики, определяющие их потребительские свойства, как эффективность и качество.

Т.е. современный эффективный препарат по ряду причин не может быть абсолютно безопасным. И как указано в письме ЕРБ/ВОЗ: - «Лекарства и медицинские изделия не могут оцениваться ни потребителями, ни профессионалами-медиками, ни общественностью. Оценка должна осуществляться специально подготовленным, компетентным и мотивированным персоналом».

По этой причине любой документ, предусматривающий комплекс мер по обеспечению разумного баланса факторов польза/риск применительно к ЛС, неизбежно будет выходить за пределы понятия «техническое регулирование» и потому не будет отвечать формальным требованиям, предъявляемым к техническим регламентам. Не случайно ни в одной стране мира фармрынок не регулируется техническими регламентами.

Также сейчас в отношении лекарственных средств действуют два регуляторных механизма: Закон КР «О лекарственных средствах» и Закон КР «Об основах

технического регулирования в КР», в связи с чем возник ряд противоречий, связанный с осуществлением контрольно-надзорных функций Департаментом.

И наиболее проблемным является состояние фармацевтических проверок. В связи с пересмотром Закона КР "О порядке проведения проверок субъектов предпринимательства" утрачен элемент внезапности проверки со стороны фармацевтической инспекции ДЛО и МТ, так как инспектора обязаны уведомить предпринимателя о своем намерении за десять дней до начала проверки. Десять дней – достаточный срок, чтобы скрыть нарушения до прихода инспектора. В течение длительного срока вводился мораторий на проведение проверок, после моратория количество проверок механически было сокращено в три раза. На основании распоряжения Министерства экономики и антимонопольной политики Кыргызской Республики с ноября 2011 года от 31.10.2011 г. проведение плановых проверок хозяйствующих субъектов, осуществляющих фармацевтическую деятельность, приостановлено.

Кроме того, несмотря на постоянную работу ДЛО и МТ по ликвидации стихийной торговли лекарствами, полностью устранить ее не удастся. Основные причины - малочисленность фармацевтической инспекции, недостаточность полномочий Департамента, а также несоответствие наказания тяжести административных проступков.

В свете изложенных проблем ряд проведенных исследований за последние годы свидетельствуют о том, что существующая система контроля качества на данный момент не может полностью гарантировать качество лекарств.

Так, согласно исследованию ВОЗ по качеству препаратов в фармацевтическом секторе, проведенному в 2008 году¹², около 70% препаратов обладают «неизвестным» качеством (изготовленные в странах СНГ и Азии). Существует широкий ассортимент такой продукции, доступной в розничных аптеках, и затем предоставленной в официальной сети розничных продаж лекарств. Это говорит о том, что в республике существует незаконный рынок лекарств. Несмотря на ряд принимаемых мер ДЛО и МТ, вопрос существования на рынке фальсифицированных и контрабандных лекарств остается актуальным.

Существующие в настоящее время в Кыргызстане нормы и процедуры закупок не предписывают, чтобы закупаемые лекарственные средства обязательно соответствовали стандартам GMP. Министерство здравоохранения обеспокоено тем, что введение требований по обязательному соответствию закупаемых лекарств стандартам GMP значительно увеличит затраты общественного сектора и ограничит доступ населения к основным лекарственным средствам. Кроме того, наличие требования, чтобы заявитель при регистрации предоставлял сертификат GMP, как основной документ, удостоверяющий качество, часто не выполняется. Однако, само по себе наличие сертификата не является гарантией качества, так как сертификат GMP является национальным документом, выдаваемым национальным регуляторным агентством страны-производителя. В настоящее время большая часть имеющихся у на рынке генериков, произведена в странах СНГ и Азии, и несмотря на наличие сертификата GMP, они не зарегистрированы в странах Европейского союза

Бытует устойчивое мнение, что качество обязательно сопряжено с более высокими расходами. Тем не менее, как показало исследование ВОЗ «Качество лекарственных средств в секторе государственных закупок Кыргызской Республике»,

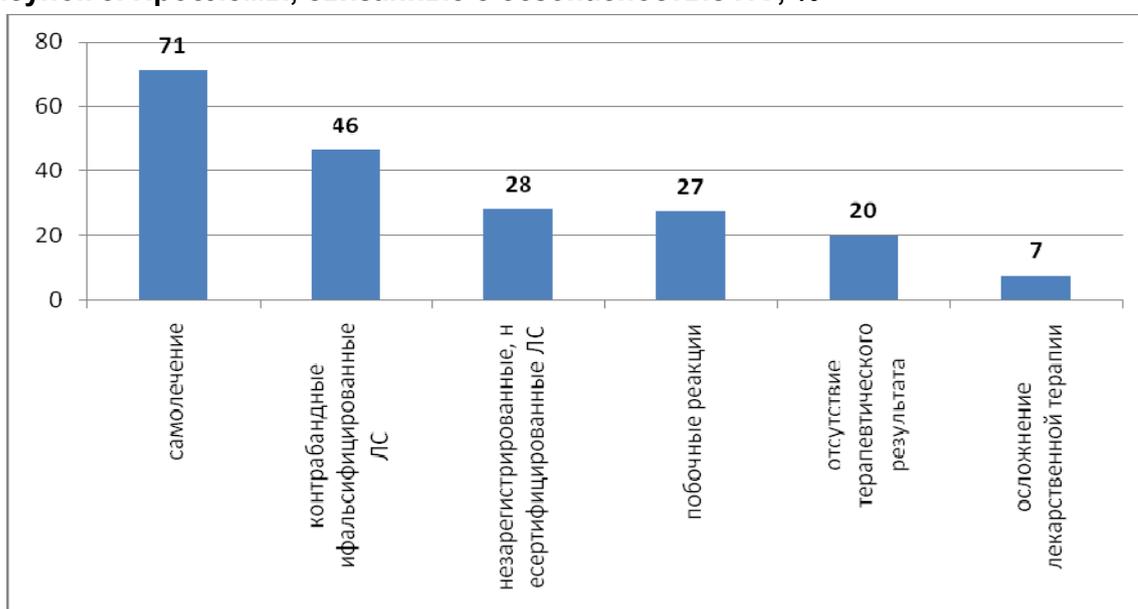
¹² Качество лекарственных средств в секторе государственных закупок в КР, ВОЗ. 2008

проведенное в 2008 г., закупать лекарства более высокого качества иногда даже дешевле, а в большинстве случаев не дороже, чем лекарства более низкого качества.

Проведенный опрос врачей по оценке качества и безопасности назначаемых ими препаратов, исходя из их практики показал, что в целом ситуация в отношении безопасности лекарственных средств по мнению опрошенных врачей позитивная: каждый четвертый опрошенный врач считает ее «хорошей» и более 60% оценили ее как «удовлетворительную». Самой острой проблемой, связанной с безопасностью ЛС, врачи считают распространенную практику самолечения и осложнения после него (Рисунок 8).

На втором месте по актуальности стоит проблема контрабандных ЛС, особенно часто этот вопрос поднимался врачами в г. Бишкек (61%) и Чуйской области (50%), и наименее актуальным он является для Иссык-Кульской области (21%).

Рисунок 8. Проблемы, связанные с безопасностью ЛС, %



4.5. Рациональное использование ЛС

4.5.1. Проведенные мероприятия по рациональному использованию лекарств

Начиная с 1996 года, в Кыргызстане была внедрена Концепция рационального использования лекарственных средств, направленная на сдерживание расходов на лекарственные средства и улучшение их поставок, повышение эффективности, обоснованности и рационализации медикаментозного лечения.

С этого периода в республике реализованы основные стратегические направления по рациональному использованию лекарственных средств: внедрение и регулярное обновление Перечня жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВЛС), разработка и внедрение клинических руководств\протоколов на основе доказательной медицины, разработка Формуляра Основных Лекарственных Средств (ФОЛС), внедрение прописывания и рецептурного отпуска лекарственных средств под генерическими наименованиями в рамках ДП ОМС.

Однако, несмотря на проведенные мероприятия, вопрос рационального использования лекарств остается одним из наиболее сложных элементов

Государственной лекарственной политики, поскольку рациональное использование лекарств в республике сопровождается недостаточным бюджетом, выделяемых государством средств на лекарства, и в связи с этим сформировано довольно негативное отношение к рационализации как фактору, ограничивающему свободу назначения врачом.

Проведенные мероприятия в рамках концепции рационального использования лекарств, несомненно, важны, но в отсутствие регулярных мер и недостаточности усилий, направленных на более рациональное применение лекарств польза от них будет невелика.

Например, в Кыргызстане все субсидированные лекарственные средства в рамках различных программ и на разных уровнях здравоохранения опираются на Перечень жизненно-важных лекарственных средств, утверждаемый Правительством страны. Однако, исследование, сравнившее список основных ЛС ВОЗ со списками Узбекистана, Казахстана, Таджикистана, в том числе Кыргызстана обнаружило, что хотя списки этих стран на 40-80% совпадали со списками ВОЗ, в них входил также ряд препаратов, имеющих недоказанную эффективность. Поощрение применения генерических лекарственных средств часто встречает сопротивление из-за их качества, поскольку они часто произведены в странах СНГ и Азии.¹³ Исследование по изучению факторов, влияющих на использование генерических лекарственных средств» (Документ исследования №67, ЦАПЗ, Бишкек 2009г.) показало, что в аптеках не работает практика генерической замены, замена в аптеках осуществляется чаще всего при отсутствии выписанного врачом препарата, и это не означает, что пациентам были предложены более дешевые генерики под МНН (международное непатентованное название). Врачи и пациенты назначают и предпочитают покупать соответственно более дорогие лекарства, так как считают, что они более эффективны и качественны. Очевидно, что невозможно достигнуть рационального использования лекарств без надлежащего доступа к безопасным и качественным лекарствам (доступным физически и экономически).

Правильное назначение и использование лекарств приносит большую пользу пациентам и ведет к снижению затрат, однако медицинские работники должны получать необходимые инструменты и объективную информацию для принятия правильных решений, поэтому важнейшим условием более рационального применения лекарственных средств являются постоянное повышение квалификации врачей и фармацевтов.

Кроме того, учитывая масштабы самостоятельного лечения населения в Кыргызстане (каждый четвертый пациент приобретает лекарства в аптеке без назначения врача¹⁴) необходимо уделить внимание внедрению соответствующих программ по укреплению здоровья населения путем их просвещения о новых лекарствах и подходах к их приему.

В комплекс мер по реализации действующей ГЛП и способствующих рациональному использованию лекарственных средств, был заложен ряд мероприятий, основными из которых являются: периодический пересмотр ПЖВЛС и разработка инструкции по его составлению, оценка внедрения клинических протоколов

¹³ Элиас Моссиалос, Моника Мразек, «Регулирование фармацевтического сектора в Европе: ради эффективности, качества и равенства». Гл 20 «Доступ к ЛС в странах СНГ»

¹⁴ Документ исследования политики №67 «Изучение факторов, влияющих на применение генерических лекарственных средств», Раздел 7.7.3 , ЦАПЗ, Бишкек 2009

в ЛПО и обучение врачей использованию, внедрение формулярной системы в организациях здравоохранения, сбор информации по побочным эффектам и другие. Однако, как показали результаты опроса врачей, не все из обозначенных в ГЛП мероприятий были внедрены, и те, что были реализованы, не получили повсеместного распространения.

4.5.2. Результаты опроса врачей с целью анализа мероприятий по рациональному использованию лекарств

Очень важным моментом рационального использования лекарств является наличие у медицинских работников официальных нормативных документов, регламентирующих назначение лекарств и информацию о них.

В настоящее время общепризнанных во всем мире достоверных источников информации о лекарствах немного. На немецком языке это справочник *Arzneimittelgrossbuch*, на английском - *Martindale*, Британский формуляр (BP), USP (Фармакопейная конвенция США), их составляют ученые, не сотрудничающие с фармацевтическими компаниями. Финансируются такие издания только государством или некоммерческими организациями.

Источником информации о ЛС в бывшем СССР был справочник М.Д. Машковского, которым продолжают пользоваться фармацевты и врачи в республике, однако учитывая нынешний ассортимент лекарств и новые доказательства в отношении многих лекарств, очевидно, что данная информация недостаточна.

В Кыргызстане основными принятыми документами с информацией о применении лекарственных средств являются Формуляр ОЛС, КР/КП для лечения различных заболеваний, ПЖВЛС.

Результаты исследования по обеспеченности врачей данными документами показали, что в наиболее полной мере врачи ЦСМ обеспечены основными клиническими протоколами и декларируют их использование (Таблица 17). Только 60% врачей имеют в персональном пользовании Формуляр основных лекарственных средств, и лишь треть опрошенных отметили, что имеют и используют действующий ПЖВЛС.

Поскольку рациональное использование лекарств обязательно сопровождается рецептурным прописыванием лекарств, то вопрос обеспеченности рецептурными бланками вызывает озабоченность. Рецептурные бланки ФОМС имеются в наличии только у 70% врачей, тогда как рецептурные бланки установленного образца есть лишь у 55% опрошенных. В то же время 32% врачей признали, что используют бланки фармацевтических компаний, в том числе 58% опрошенных в Чуйской области. Наблюдения показывают, что фактически этот показатель намного выше, но в связи с официальной политикой, далеко не все врачи признают факт сотрудничества с фармацевтическими компаниями.

Таблица 17. Наличие основных документов, (%)

Наименование НД	Бишкек	Иссык-Куль обл.	Ош.обл.	Чуй обл.	Всего
Формуляр основных лекарственных средств (последнее издание)	64	47	48	85	60
Действующий ПЖВЛС	28	37	25	42	31

Перечень основных лекарств лечебного учреждения	53	26	50	62	50
Клинический протокол по лечению ГБ	67	68	75	85	74
Клинический протокол по лечению ЯБЖ	69	53	63	81	67
Клинический протокол по лечению БА	64	63	58	81	65

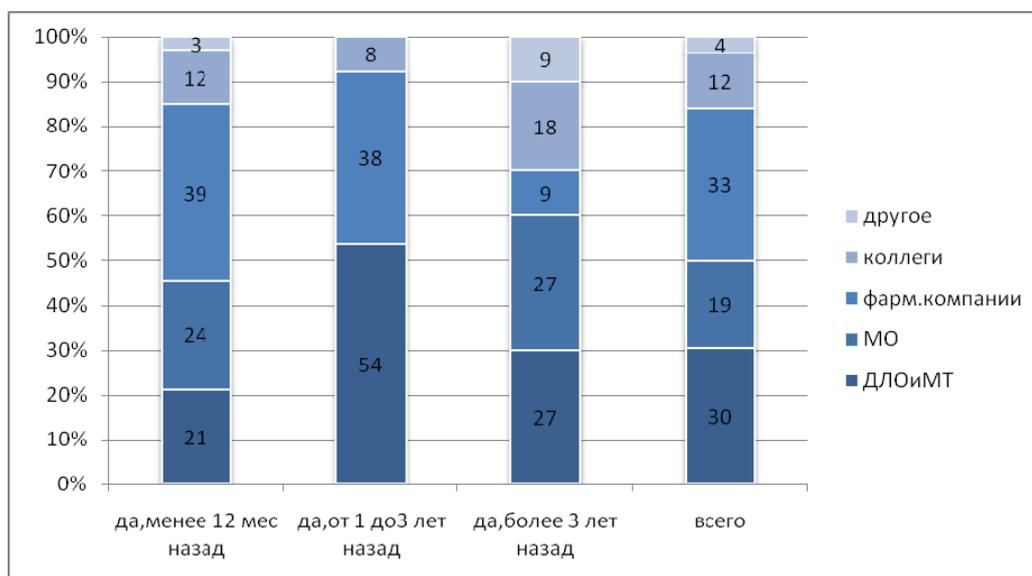
Однако, наличие документов не гарантирует их использование, т.к. продвижение идеи рационального использования лекарств, как указывалось выше, нуждается в постоянной информационной работе, которая так же была обозначена в перечне мероприятий по реализации ГЛП.

Как показали результаты опроса, менее половины врачей когда-либо проходили обучение по вопросам рационального использования (47%), в том числе лишь 27% проходили их в течение последних 12 месяцев.

Основными провайдерами информации по рациональному использованию являются ДЛОиМТ и фармацевтические компании (Рисунок 9). Причем, для тех, кто прошел обучение в недавнем прошлом, фармацевтические компании как источник оказался доминирующим.

Другую дополнительную информацию по рациональному использованию ЛС в виде публикаций, брошюр, презентаций и т.п., получали 71% опрошенных врачей. И лишь 23% опрошенных отметили, что когда-либо проходили обучение по использованию Формуляра основных лекарственных средств.

Рисунок 9. «Кто проводил обучение по рациональному использованию?», %, n=57



О недостаточном охвате мероприятиями, способствующими повышению рационального использования ЛС, свидетельствует и то, что около половины опрошенных врачей считают, что не получали никакой дополнительной информации по замене ЛС, их совместимости и побочных эффектах (Таблица 18). Но даже среди тех, кто отмечает получение такой информации, около трети отметили, что информация предоставлялась частными фармацевтическими компаниями. Другие возможные организации, которые могли бы предоставлять информацию о лекарствах,

не получили существенной поддержки (менее 1%), поэтому не включены в данную таблицу 18.

Таблица 18. «Получали ли Вы следующую информацию в течение последних 12 месяцев, и если «Да», то от кого?», %

	Информирование было организовано фармкомпаниями	Искал(а) информацию самостоятельно	Не получал(а)
Рекомендации по аналоговой и терапевтической замене лекарственных средств	39	17	44
Рекомендации по предотвращению применения несовместимых лекарственных средств	32	14	54
Информация об оценке пользы/риска лекарственных средств	31	21	48
О побочных эффектах основных ЛС	33	21	45

Как видно из вышеприведенного, большая роль в предоставлении информации о лекарствах остается за фармацевтическими компаниями.

Очевидным является то, что в настоящее время фармацевтические компании продолжают вести агрессивный маркетинг выпускаемых препаратов среди врачей, что очень настораживает, поскольку предоставляемая ими информация о лекарстве часто является предвзятой.

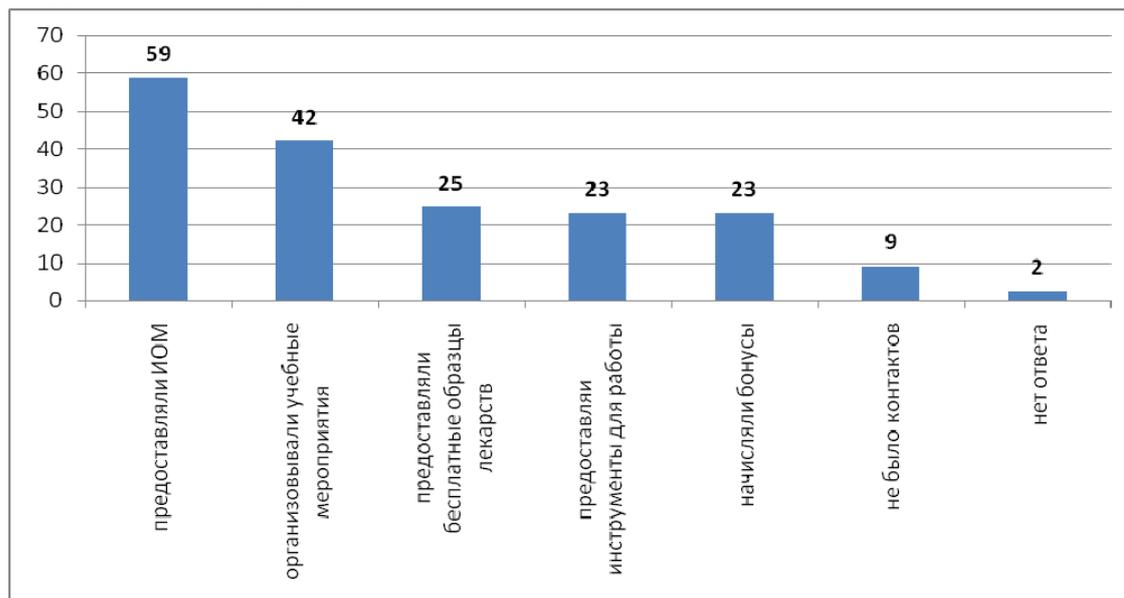
Во всех лечебных учреждениях, которые мы посетили, на регулярной основе фирмы производители проводят презентации своих препаратов, причем посещение, так называемых конференций, обязательны для врачей, поскольку это согласовано с руководством и включено в рабочий график ЦСМ.

Несмотря на ряд предпринятых Министерством здравоохранения шагов по ограничению деятельности фармацевтических компаний в организациях здравоохранения 90% опрошенных врачей отмечают, что встречались с представителями частных фармацевтических компаний в течение последнего года, причем 42% отмечают, что частота контактов составляет не менее 1 раза в месяц.

Активность фармацевтических компаний включает в себя все маркетинговые средства: от распространения информационных материалов и организации презентаций до предоставления бесплатных образцов лекарств и начисления бонусов (Рисунок 10).

На основе полученных наблюдений также можно предположить, что процент получения бесплатных образцов лекарств и начисления бонусов намного выше, поскольку, не все врачи готовы признать факт сотрудничества с фармацевтическими компаниями.

Рисунок 10. Акции, проводимые фармацевтическими компаниями в течение последних 12 месяцев, %



Как показал опрос, 78% врачей оценивают активность фармкомпаний положительно. Среди положительных сторон их деятельности были отмечены: предоставление информации о новых лекарствах (84%), большую эффективность предлагаемых ими лекарств (25%), и возможность дополнительного заработка для врачей (9%).

13% опрошенных считают, что активность частных фармацевтических компаний имеет отрицательное влияние, из них 68% отмечают, что предлагаемые лекарства стоят дороже, 37% отмечают, что у врачей становится больше работы, и 31% врачей признали, что выписывают больше лекарств, чем требуется пациентам.

Поэтому, следует признать, что активность фармацевтических компаний практически полностью заполняет тот информационный вакуум, который образуется в отношении вопросов использования лекарственных средств.

Введенные нормы со стороны регулирующих органов, связанные с получением официального разрешения на проведение презентаций и др. фармацевтическими компаниями, пока не указывают на снижение данной деятельности и понимание врачами необходимости критической оценки предоставляемой фармацевтическими компаниями информации о лекарствах.

Не менее важным моментом Плана мероприятий ГЛП по рациональному использованию лекарств является снижение заболеваемости, связанной с применением лекарств - фармакологический надзор. Одним из мероприятий данного раздела являются сбор информации о побочных эффектах, оценка пользы/риска лекарственных средств и обеспечение медицинских специалистов и потребителей информацией о побочных реакциях лекарственных средств.

Согласно существующего порядка предоставления информации о побочных реакциях на лекарственные средства в случае развития побочной реакции врачи должны предоставлять заполненные желтые карты в ДЛО и МТ.

Желтая карта – это обязательное письменное сообщение от врачей и фармацевтов о побочных действиях лекарственных средств, а также фактах проявления особенностей взаимодействия лекарственных средств друг с другом. Форма «Сообщения о побочных реакциях или отсутствии эффективности

лекарственных средств (желтая карта)» утверждена техническим регламентом «О безопасности лекарственных средств для медицинского применения», она распространяется по организациям здравоохранения сотрудниками ДЛО и МТ и размещена на официальном сайте ДЛО и МТ. Сбор и анализ желтых карт осуществляет ДЛО и МТ. Также владельцы регистрационного удостоверения на лекарственное средство обязаны представлять в ДЛО и МТ отчеты о серьезных нежелательных реакциях, включая непредвиденные, а также периодические отчеты по безопасности (PSUR).

Так результаты опроса показали, что 70% опрошенных врачей сталкивались в своей практике с побочными действиями лекарств, наиболее частым проявлением, которых были аллергические реакции (55%) и непереносимость препаратов (35%). Однако лишь 6% из них отметили, что заполняют «желтые» карты.

Основными причинами неиспользования «желтых» карт является практически полное отсутствие информированности среди врачей о процедурах работы с ними. Так 65% врачей ответили, что не имеют в наличии этих бланков, причем часто при обсуждении этого вопроса, респонденты признавались, что даже не видели никогда желтых карт и не слышали об их существовании. Еще 15% врачей отметили, что не знают, что нужно передавать информацию о побочных эффектах и тем более куда.

Еще одним аспектом реализации мероприятий ГЛП по рациональному использованию является обеспечение населения информацией о применении лекарств. По результатам данного исследования лишь 45% врачей отметили, что в их местности проводится информирование населения о рациональном использовании лекарственных средств, причем при рассмотрении этого вопроса в территориальном разрезе видно, что даже врачи, работающие в одной местности, не всегда единодушны в оценке этого аспекта. Так, половина опрошенных в г.Бишкек и Иссык-Кульской области отметили, что имеют место такие мероприятия, и 27% - в Ошской области. Самый высокий показатель среди опрошенных в Чуйской области – 65%. Основным способом информирования населения являются объяснения на приеме (66%), через информационные материалы и стенды (7%) и лекции для населения (12% - исключительно в г.Бишкек). Глубинное обсуждение этого вопроса с врачами показало, что чаще всего информирование по вопросам рационального использования ЛС касается только правил приема определенного лекарства. Сами врачи отмечают как одну из острых проблем самолечение пациентов, в том числе нерациональный прием антибиотиков и предпочтение использования инъекционных лекарственных форм.

Таким образом, результаты опроса медицинского персонала показывают, что в направлении достижения одной из задач ГЛП «Рационального использования лекарственных средств» запланированные мероприятия были выполнены не в полной мере. Если разработка регулирующих документов, таких как обновление ПЖВЛС, Формуляра основных лекарственных средств и клинических протоколов, были осуществлены в полной мере, то аспект повышения знаний и информированности, как среди медицинского персонала, так и среди населения, остается практически нереализованным.

4.5.3. Результаты исследования изучения практики назначения лекарств на первичном уровне

Реализация ГЛП должна постоянно включать соответствующие стратегии по улучшению практики назначения и распределения лекарств медицинскими специалистами. Изучение практики назначений лекарств врачами и регулярное проведение наблюдений за данным процессом являются одним из мощных инструментов для улучшения рационального использования лекарств. Необходимо отметить, что в Кыргызстане оценка и изучение практики назначения лекарств проводилась, начиная с 1998 года в рамках регулярного мониторинга внедрения ГЛП на основе формата руководства ВОЗ «Ключевые индикаторы для оценки фармацевтической ситуации в стране». Стандартизированные индикаторы рационального использования лекарств были опробованы и адаптированы при проведении предыдущих исследований мониторинга внедрения ГЛП. При проведении настоящего исследования для изучения практики прописывания врачей на первичном уровне были также использованы следующие индикаторы: среднее количество лекарственных средств, прописываемых за одно врачебное посещение, процент назначения антибиотиков врачами, процент назначения инъекций врачами, процент лекарственных средств, прописанных из ПЖВЛС

Определение данных индикаторов было основано на рабочей практике врачей в амбулаторных учреждениях при лечении острых и хронических заболеваний. Амбулаторные приемы больных рассматривались ретроспективно, исходя из данных, зафиксированных в медицинской документации (амбулаторных картах больного). Исследуемые случаи приемов врачами ГСВ в основном охватывали заболевания общего профиля, представляя различные диагнозы и различные возрастные категории, рассматривались обращения к врачу только с одним заболеванием. Комбинированные препараты учитывались как одно лекарство.

Для исследования в каждом учреждении (ГСВ) отбиралось по 20 амбулаторных карт и рассматривались посещения больных в период с января 2009 года по сентябрь 2011 года.

Индикатор: Среднее количество лекарственных средств, прописываемых за одно врачебное посещение.

Целью оценки данного индикатора является определение распространенности полипрагмазии. Данный индикатор предназначен для описания поведения лечащего врача, поскольку слишком большое или слишком малое, число прописанных лекарств может свидетельствовать о неудовлетворительной (нерациональной и неэффективной) практике назначения лекарственных препаратов или неуверенности врачей в вопросах постановки диагноза.

Расчет производился по формуле 2:

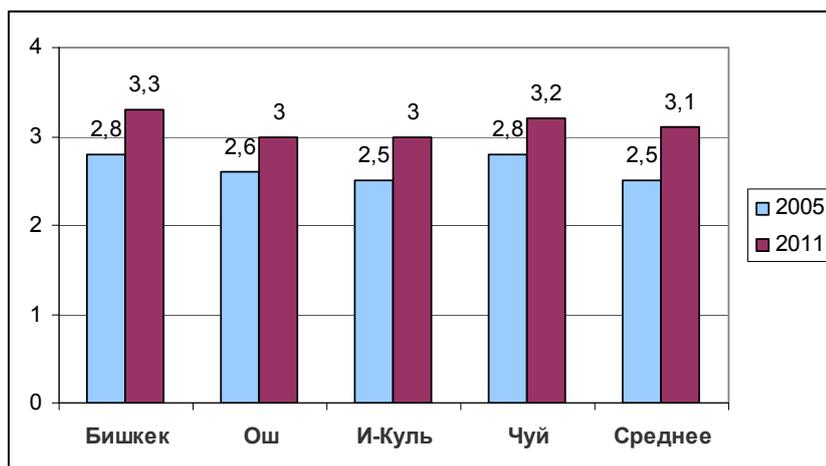
Формула 2. Расчет количества прописываемых ЛС на 1 амбулаторное посещение

Среднее число прописанных амбулаторное посещение	за	ЛС, одно	=	$\frac{\text{Всего ЛС, прописанных за все посещения}}{\text{Всего исследованных амбулаторных посещений}}$
--	----	----------	---	---

В ходе исследования было изучено 480 случаев обращения больных по поводу того или иного заболевания, при которых врачами было назначено 1403 различных лекарственных средства. Анализ изучения данного показателя показал, что больным назначалось в среднем по 3,1 препарата за одно посещение. Колебания этого показателя составили от 3 до 3,3. По результатам исследования мониторинга Государственной лекарственной политики, проведенного в 2005 году, данный показатель был равен 2,5.

Наибольшее количество лекарственных препаратов прописывается врачами г. Бишкек-3,3 и Чуйской области – 3,2 ЛС. В Ошской и Иссык-Кульской областях – 3 препарата на один случай лечения. Необходимо отметить, что в 2011 по сравнению с данными в 2005 году почти по всем исследованным регионам наблюдается увеличение количества прописываемых препаратов. Данный факт, скорее всего, обусловлен чрезмерным назначением врачами витаминных препаратов последнего поколения, различных растительных средств и биологически активных добавок, широко рекламируемых в средствах массовой информации (Рисунок 11).

Рисунок 11. Количество лекарственных средств, назначенных на 1 случай амбулаторного лечения



Индикатор: Процент лекарственных средств, прописанных из Перечня жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС)

Определение данного индикатора позволяет выяснить степень соответствия между существующей практикой и национальной политикой в области лекарственных средств, исходя из показателя прописывания лекарственных средств из ПЖВЛС. Неотъемлемым элементом в регулировании расходов является обязательное прописывание врачами лекарств преимущественно из утвержденного ПЖВЛС, либо только тех лекарств, которые одобрены для данного типа ЛПУ.

Для определения данного индикатора определялась принадлежность прописанных врачами лекарственных препаратов к Перечню жизненно важных лекарственных средств. Действующий перечень утвержден Постановлением Правительства КР от 20 марта 2009 года N 187. Данный индикатор выражается в процентах.

Расчет производился по формуле 3:

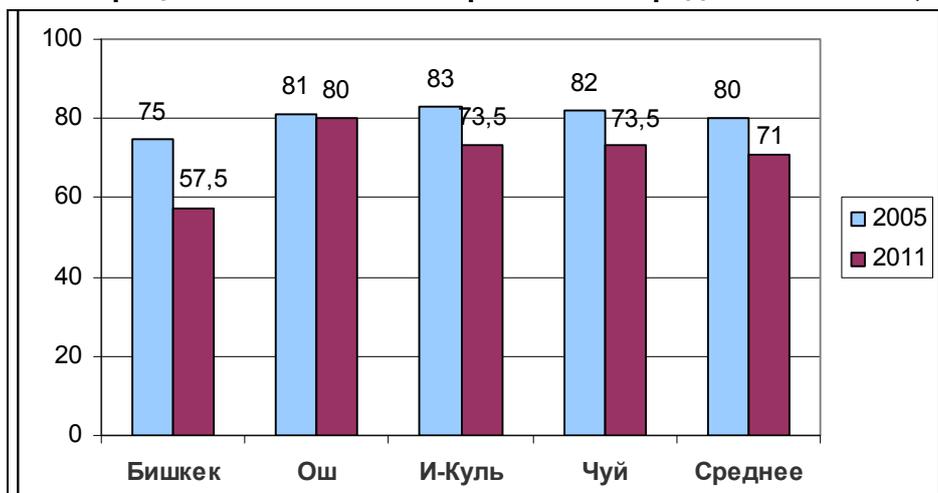
Формула 3. Расчет процента прописывания лекарственных средств из ПЖВЛС

$$\begin{array}{l} \% \text{ ЛС, прописанных} \\ \text{из ПЖВЛС} \end{array} = \frac{\text{Всего прописанных лекарств из ПЖВЛС}}{\text{Всего прописанных ЛС}} \times 100$$

В ходе исследования было изучено 480 случаев лечения больных врачами и прописано 1403 различных лекарственных средств, из них 996 лекарственных средств входили в последний утвержденный ПЖВЛС, что составило в среднем по республике 71%. Необходимо отметить, что при проведении мониторинга внедрения ГЛП с 2001 по 2005 годы, данный показатель из года в год увеличивался и в 2005 году составлял 80%. Значительное снижение данного показателя может также являться результатом того, что за последний период на уровне первичной помощи очень мало проводится обучающих мероприятий, связанных с рациональным назначением лекарств, в том числе мероприятий по внедрению ПЖВЛС и Формуляра ОЛС.

Наименьшее количество ЛС, входящих в ПЖВЛС, назначают г. Бишкек (57,5%), наибольшее – врачи Ошской области – 80%. По сравнению с 2005 годом количество ЛС, назначаемых из ПЖВЛС снизилось г. Бишкек на 17,5%, в Чуйской области на 6,5% (Рисунок 12).

Рисунок 12. Процент назначения лекарственных средств из ПЖВЛС, %



Индикатор: Процент назначения антибиотиков

Данный индикатор определяет общий уровень использования антибиотиков, назначение и применение которых обычно чрезмерно, несмотря на высокую стоимость и риск возможного развития микробной резистентности к антибиотикам. Это имеет особенно серьезное значение, так как возможности для лабораторного исследования чувствительности микробов к антибиотикам ограничены или вовсе отсутствуют в регионах республики.

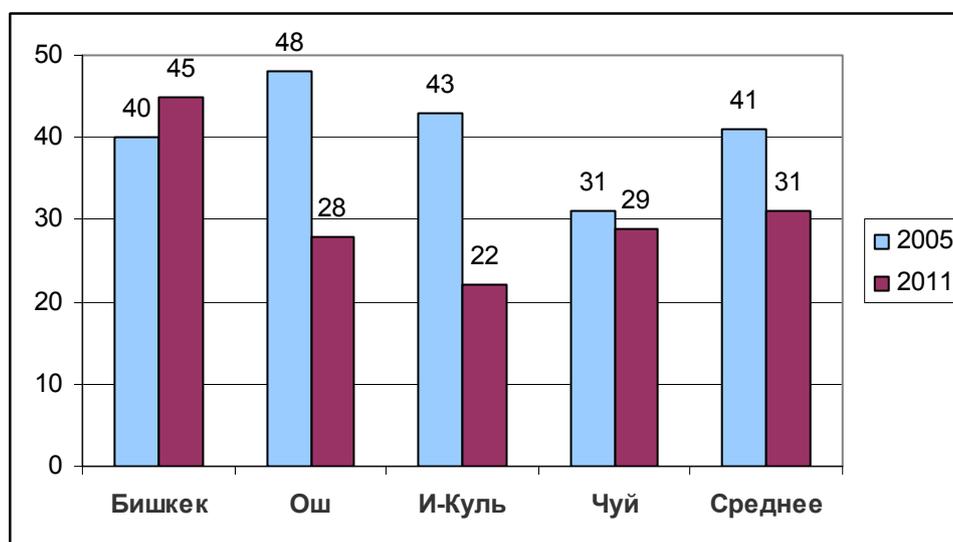
Расчет производился по следующей формуле 4:

Формула 4. Расчет процента назначения антибиотиков

%	Всего случаев, прописывания 1 или более	
назначения	антибиотиков	X 100
антибиотиков =	-----	
	Всего рассмотренных обращений (случаев)	

При исследовании данного индикатора также было изучено по 20 амбулаторных карт больных в каждом ГСВ с различными диагнозами и определено количество антибиотиков из общего числа назначенных препаратов за 1 амбулаторный прием. Индикатор измеряется в процентах.

Рисунок 13. Процент назначения антибактериальных лекарственных средств.



Уровень назначения антибактериальных ЛС составил в среднем по республике 31%, что ниже показателя 2005 года. Увеличение показателей по сравнению с 2005 годом наблюдается только в г. Бишкек с 40% до 45% (Рисунок 13).

В целом полученные данные свидетельствуют о хорошей тенденции снижения случаев, при которых врачи назначают антибиотики.

Индикатор: Процент назначения инъекционных лекарственных форм

Целью определения данного индикатора является измерение использования инъекционных лекарственных форм, которые обычно также чрезмерно применяются, несмотря на высокую стоимость и неудобство применения, поскольку для проведения этой процедуры требуется наличие профессиональных навыков. Назначение инъекций приводит к нерациональному использованию финансовых средств, а также подвергает больных риску неблагоприятных реакций и заболеваний. Такие последствия менее вероятны при использовании пероральных форм лекарственных средств.

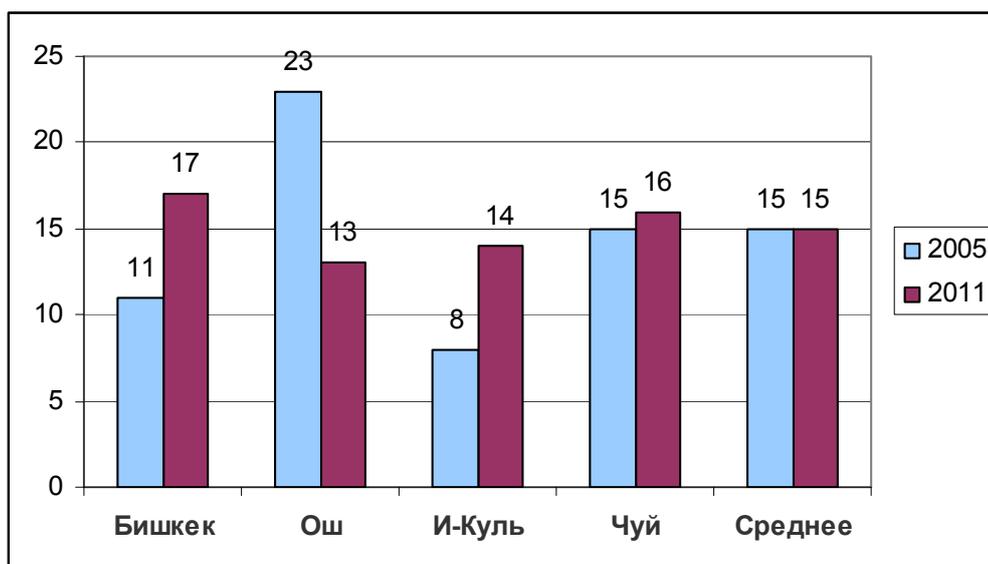
Расчет производился по формуле 5:

Формула 5. Расчет процента назначения инъекций

% назначения инъекций	Всего больных, которым назначены инъекции	X 100
=	Всего рассмотренных посещений больных	

При исследовании данного индикатора плановые прививки не считались инъекциями, и учитывались только те лекарственные средства для инъекций, которые были прописаны в ходе изучаемого случая заболевания.

Рисунок 14. Процент назначения инъекционных лекарственных форм



Назначение инъекционных лекарственных форм по республике очень неравномерно, при этом средний показатель составил 15%. Несмотря на то, что средний показатель по республике остался на прежнем уровне, наблюдаются увеличение показателей по г. Бишкек и Иссык-Кульской области на 6%, по сравнению с показателями 2005 года, Снижение показателей назначения инъекций по сравнению с 2005 годом отмечается только в Ошской области с 23% до 13% (Рис.14).

4.5.4 Результаты исследования практики прописывания лекарств на соответствующих рецептурных бланках

С целью законодательного закрепления рецептурного отпуска ЛС и порядка выписывания рецептов утверждено постановление Правительства КР от 5 января 2011 года N 2 «Об утверждении порядка выписывания рецептов на лекарственные средства и об их отпуске в Кыргызской Республике», которым утверждены три формы рецептурных бланков. На рецептурном бланке Формы N 148-1/у выписывается по одному наименованию лекарственных средств для получения их больными на льготных условиях или бесплатно. На рецептурном бланке Формы N 107-1/у разрешено выписывать одно наименование лекарственного средства, подлежащего предметно-количественному учету, и до 2-х наименований других лекарств.

На утвержденной форме Рецепта на получение лекарства, содержащего наркотическое вещество, выписываются наркотические лекарственные средства, подлежащие национальному контролю в КР.

Данным постановление законодательно установлено, что врачи должны назначать лекарства только на бланках установленного образца и выписывать их под международными непатентованными (генерическими) наименованиями.

Несмотря на предпринятые мероприятия в области рецептурного отпуска лекарств на сегодняшний день безрецептурная продажа лекарств постоянно увеличивается, разделение ЛС на категории рецептурных и безрецептурных носит формальный характер: практически все рецептурные ЛС, за исключением наркотических, психотропных и сильнодействующих ЛС, подлежащих национальному контролю, можно свободно купить в аптеке

Кроме того, в Кыргызстане можно свободно купить любые антибактериальные лекарства без рецепта врача. Рецепты выписываются врачами чаще всего только на субсидируемые лекарства в рамках различных программ (ДПОМС, АСП, ПГГ).

Существует практика выписывания врачами лекарств на так называемых «фирменных» рецептурных бланках различных фармацевтических компаний (выписываются только препараты, которые продвигает определенная компания). Как нам известно, существуют разные схемы работы по данным рецептам: одна из них заключается в том, что рецепты от каждой компании собираются в аптеках и врач получает определенный процент от суммы рецепта.

Результаты исследования, направленные на изучение наличия рецептурных бланков у врачей вызывают озабоченность (Таблица 19). Рецептурные бланки ФОМС имелись в наличии в момент исследования только у 70% семейных врачей, тогда как рецептурные бланки установленного образца есть лишь у 55% всех опрошенных врачей. В то же время 32% опрошенных врачей признали, что используют бланки фармацевтических компаний, в том числе 58% опрошенных в Чуйской области. Наблюдения показывают, что фактически этот показатель намного выше, но в связи с официальной политикой, далеко не все врачи признают факт сотрудничества с фармацевтическими компаниями. Надо отметить, что практика выписывания рецептов на бланках фармацевтических компаний активно пресекается в соответствии с приказом МЗ КР. На основании данного приказа специалисты ДЛО и МТ регулярно устраивают рейды и изымаются у врачей так называемые «фирменные» рецепты, к врачам применяется дисциплинарное взыскание. Также фармацевтическим фирмам, чьи бланки изъяты у врачей в ходе рейдов, рассылаются предупредительные письма, о приостановлении или отзыве их лицензии.

Таблица 19.

Наличие рецептурных бланков у семейных врачей, (%)

Наименование	Бишкек	Иссык-Куль обл.	Ош.обл	Чуй обл.	Всего
Рецептурные бланки фонда ОМС	75	58	65	81	70
Рецептурные бланки, установленного образца	67	47	38	69	55
Бланки для прописывания лекарств фармацевтических компаний	33	37	13	58	32

Для изучения частоты выписывания рецептов на лекарства пациентам с различными заболеваниями был проведен опрос пациентов, которые были на приеме врача и пришли в аптечное учреждение за лекарствами. Интервьюеры посетили 24 аптечных учреждения в исследуемых регионах, находящихся в непосредственной близости от ЦСМ и имеющих договора с ТУФОМС. В определенный промежуток времени было опрошено и велось наблюдение за 30 пациентами в каждом аптечном учреждении, общее количество пациентов по республике составило 720 человек. Результаты данного опроса и наблюдения показали, что в среднем, только 3% пациентов, которые пришли в аптеку с приема врача, имели рецепты по ДПОМС, наибольшее количество пациентов, которые приходили в аптеку в рецептами по ДПОМС по Ошской области 5%, по Чуйской области 4%, Иссык-Кульской 3% и по г. Бишкек ни один из пациентов, посетивших аптеку в момент исследования, не пришел в аптеку с рецептом по ДПОМС.

В Иссык-Кульской области в момент проведения наблюдения ни один из пациентов, пришедших в аптеку, не имел рецепта установленного образца. Больше всего пациентов, которые пришли от врача с рецептом, напечатанными той или иной фармкомпанией было в Бишкеке –9% пациентов.

Таблица 20.
Количество пациентов, пришедших в аптеку с рецептами, (%)

Регион	Пациенты с рецептом уст.обр.,	Пациенты с рецептом по ДПОМС	Пациент с рецептом фармкомпани	Пациенты без рецепта, ЛС выписаны на бумаге
Иссык-Кульская область	0%	3%	2%	84%
г.Бишкек	4%	0%	9%	80%
Чуйская область	4%	4%	5%	77%
Ошская область	5%	5%	5%	79%

Как видно из таблицы 20, врачи чаще всего выписывают назначенные лекарства просто на листках бумаги. Глубинное интервью врачей, почему они не пишут назначенные лекарства на рецептах установленного образца, было объяснено тем, что на рецепте необходимо выписывать лекарства на латинском языке, а это занимает больше времени. Поскольку врачи очень загружены и имеют огромные очереди на приеме, они, таким образом, экономят время. Некоторые признали, что не хотят нести ответственности со стороны проверяющих органов, как ФОМС, поскольку вынуждены выписывать больше препаратов, чем предписано в утвержденных КР/КП, в том числе антибиотики, а на соответствующих рецептах они не могут выписывать данные препараты, потому что боятся различных штрафных санкций и проверок. Часть врачей сослалась на отсутствие рецептурных бланков установленного образца, но во всех случаях, когда мы выясняли причину отсутствия, мы убедились, что рецепты, на самом деле, имеются в наличии в учреждении в достаточном количестве.

5. Заключение

ГЛП как стратегический документ всегда создавался в рамках реформирования общей системы здравоохранения. Первый проект ГЛП, утвержденный в 1998 году, стал путем выхода из кризиса в фармацевтическом секторе и оказал решающее влияние на создание регулирующей системы в области лекарств. Два проекта ГЛП, реализовавшиеся в период с 1998 по 2005 гг., обеспечили качественные изменения и динамичное развитие фармацевтического сектора страны и разрабатывались путем систематических консультаций со всеми заинтересованными сторонами при финансовой и методической поддержке ЕРБВОЗ. Кроме того, регулярно проводился мониторинг внедрения ГЛП.

В ГЛП на 2007-2011 годы большинство предусмотренных вмешательств были ориентированы на совершенствование созданных систем по регулированию лекарств, решение проблем связанных с доступом населения к лекарствам, в том числе в сельских регионах, рациональное использование лекарств и развитие информационной системы в области лекарственных средств, поскольку данные вопросы оставались актуальными и имели политическое и социальное значение.

Логическая структура ГЛП показала, что данная программа имеет ряд сильных и слабых сторон. В качестве сильных сторон были обозначены преемственность программы, ориентация на значимость мероприятий и выполнимость, наличие инструментов МиО. К слабым сторонам данной программы отнесены отсутствие ожидаемых результатов, на которые данная программа была направлена, отсутствие связи между некоторыми компонентами программы, отсутствие индикаторов, относящихся к влиянию и эффективности политики и возложение ответственности по реализации ГЛП на одного исполнителя. Такая система не может быть достаточно эффективной, т.к. отсутствует функция внешнего контроля исполнения и достижения результатов, заинтересованность со стороны других структур и ведомств, вовлеченных в процесс лекарственного обеспечения.

В рамках реализации ГЛП была проведена серьезная работа по разработке и пересмотру законодательства, регламентирующего отношения в сфере обращения лекарственных средств. В целях дальнейшей оптимизации деятельности по обращению ЛС, необходимо далее совершенствовать законодательство и разрабатывать совместно со всеми заинтересованными лицами и ведомствами. Вовлечение заинтересованных лиц и сторон в разработку и реализацию законодательства и подзаконных положений, позволит содействовать исполнению предписанных положений законодательства, поскольку они были сформулированы при участии заинтересованных лиц и сторон.

Анализ фармацевтического рынка показал, что данный сектор постоянно развивается за счет открытия новых фармацевтических организаций, увеличения ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения, увеличения объемов импорта и выпуска продукции отечественных производителей.

Несмотря на то, что отмечается проблематичным вопрос наличия аптечных учреждений в селах, необходимо отметить, что было предпринято немало мероприятий в данном направлении (упрощение процедур лицензирования для сельских регионов, переобучение медицинских работников на право работы в аптечных учреждениях). Достигнутым результатам способствовало и то, что в программе реформы здравоохранения «Манас» большое значение уделялось развитию сети частных аптек с широким территориальным охватом. Во время

реализации второй программы «МанасТаалими» были предприняты дальнейшие шаги по содействию в открытии аптек в сельской местности.

Ряд проведенных исследований и оценка физической доступности лекарств в рамках настоящего исследования указывают на то, что значительно улучшилась физическая доступность лекарств (наличие) и их территориальная доступность. Однако остаются самыми высокими расходы на лекарственные средства из кармана пациентов и для многих категорий населения являются вынужденными. Стоимость лечения для пациентов напрямую зависит от того, какие лекарства назначил врач. В связи с этим остаются актуальными вопросы рационального назначения лекарств. Правильное назначение и использование лекарств приносит большую пользу пациентам и ведет к снижению затрат, поэтому медицинские работники должны постоянно получать необходимые инструменты и объективную информацию для принятия правильных решений. Однако как показали результаты исследования, прилагается недостаточно усилий со стороны регулирующих органов на обеспечение врачей объективной информацией, так как уровень информированности врачей о ЛС очень низкий, врачи получают информацию о лекарствах в основном от производителей ЛС. Кроме того, велики масштабы распространения практики самолечения среди населения, большая часть лекарственных средств приобретается без назначения врача, в том числе антибактериальные препараты.

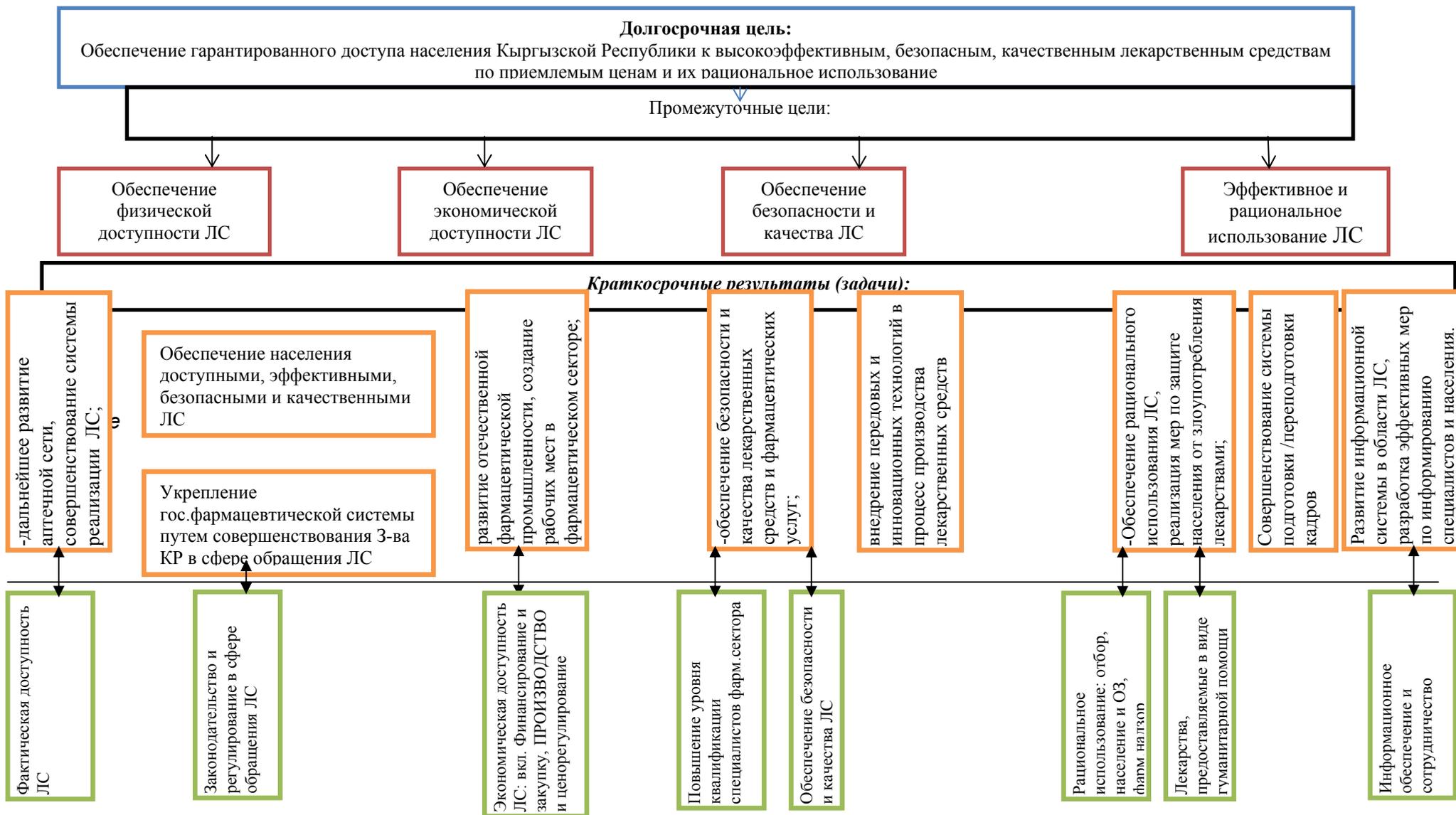
6. Рекомендации

- **Разработка ГЛП:** Национальная Политика – рамочный документ, который должен ориентироваться на долгосрочные цели, поэтому нужно четко определить задачи, компоненты программы и их логическую связь
- При разработке документа обратить внимание на механизмы реализации ГЛП: с этой целью необходимо вовлекать все заинтересованные стороны, участвующие в процессе реализации
- Для оценки ГЛП необходимо разработать индикаторы целей и задач и индикаторы по мероприятиям, определить базовые и целевые значения индикаторов. Формулировки индикаторов должны соответствовать формуле SMART
- Функция контроля (т.е. принятия отчетов по реализации, оценке эффективности процесса) за выполнением ГЛП должна быть возложена на МЗ.
- **Совершенствование законодательства:** Необходимо далее совершенствовать законодательство по лекарствам совместно со всеми заинтересованными лицами и ведомствами, особенно в части имеющихся противоречий. Вовлечение заинтересованных лиц и сторон в разработку и реализацию законодательства и подзаконных положений, позволит содействовать исполнению предписанных положений законодательства, поскольку они сформулированы при полном участии заинтересованных лиц и сторон.
- **Доступность лекарств:** Продолжить мероприятия, направленные на улучшение физической доступности некоторых групп лекарств. В плане обеспечения экономического доступности лекарств изучить детально механизмы, препятствующие распространению данной программы и продолжить информирование населения о ДПОМС.

- **Обеспечение качества и безопасности лекарств:** По мере усиления функций контроля качества фокус должен быть смещен в сторону программ обеспечения качества;
- введение нормативных требований об активном мониторинге всех вновь зарегистрированных лекарственных средств, при необходимости ввести ограничения.
- усиление государственного регулирования в вопросах надзора за лекарственным обращением и фармацевтической деятельностью предпринимателей.
- **Рациональное использование лекарств:** Активизировать политику рационального использования лекарственных средств среди медицинских специалистов, с этой целью разработать устойчивые программы по рациональному назначению лекарств, включая вопросы экономического преимущества, качества и доказанной эффективности препаратов;
- необходимо углубленно изучить ситуацию по продвижению и рекламе лекарств в Кыргызстане с целью дальнейшего обучения медицинских работников навыкам критической оценки предоставляемой фармацевтическими компаниями информации о лекарствах, методам противодействия агрессивному маркетингу и коммуникативным навыкам при общении с медицинскими представителями фармацевтических компаний;
- усилить мероприятия, направленные на информирование населения о вреде самолечения и нерационального приема антибиотиков, с этой целью разработать мероприятия по внедрению системы ответственного самолечения;
- в некоторых вопросах рационального использования лекарств более полноценно использовать потенциал фармацевтов в системе здравоохранения.

Приложение 1

Рис.1. Логическая структура Государственной Лекарственной политики на 2007-2010 г.г.



Приложение 2

Таб.1. Села Нарынской области с указанием аптечных учреждений

Район	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ
Ак-Талинский район	1. с. Ак-Талаа	1028	1	13. Угут	769	
	2. с. Ак-Чуй	432		14. Байгончок	591	
	3. с. Жаны-Тилек	413		15. Кадыралы	1116	
	4. с. Кайынды Булак	907		16. Баетово		6
	5. с. Терек	1057		17. Кош-Добо		1
	6. с. Кара-Бурган	1948	1	18. Жаны-Талап		1
	7. с. Ак-Куу	819		19. Ак-Кыя		1
	8. с. Кары-Ой	2610		20. Терек		1
	9. с. Кок-Жар	722		21. Куртка		1
	10. с. Чолок-Каун	1770	2	22. Тоголок Молдо		1
	11. Жергетал	239		23. Тилектеш		1
		12. с. Конорчок	1066	1		
				11 сел без АУ	14487	18(12)
2. Ат-Башинский район	1. с. Ак-Жар	2594	1	9. с. Кызыл-Туу	1517	1
	2. с. Ак-Мойун	2022		10. с. Кара-Булун	1296	
	3. с. Терк-Суу	1350		11. с. Дыйкан	556	1
	4. с. Ача-Кайынды	3111		12. с. Озгоруш	611	
	5. с. Баш-Кайынды	3201	1	13. Первомайское	865	
	6. с. Большевик	673		14. Ак-Муз		3
	7. с. Казыбек	2923	1	15. Ат-Баши		16
	8. с. Жаны-Коч	708		16. Дыйкан		1
				8 сел без АУ	21427	25(8)
3. Жумгалский район	1. с. Кызыл-Суук	226		22. Сары-Булун	135	
	2. с. Баш-Кууганды	2237		23. Кен-Суу	185	
	3. с. Жаны-Арык	909	3	24. Кызыл-Коргон	611	
	4. с. Базар-Турук	560		25. Сары-Булун	135	
	5. с. Кызарт	1209		26. Дунгурово	40	
	6. с. Кызыл-Эмгек	832		27. Кок-Ой	1801	1
	7. с. Кара-Чий	1041		28. Кичи-Арал	216	
	8. с. Доскулу	1759	1	29. Кырчин	105	
	9. с. Лама	529		30. Чон-Добо	1045	1
	10. с. Арал	296	1	31. Таш-Добо	1522	1
	11. с. Куйручук	3264	1	32. Беш-Терек	615	
	12. с. Тугол-Сай	1334	1	33. Жаны-Жол		
	13. с. Эркин	372		34. Ак-Талаа		
	14. Кызыл-Жылдыз	1637		35. Орток		1
	15. с. Мантыш	415		36. Бугучу		
	16. с. Кара-Майнок	415		37. Ак-Куу		
	17. Котур-Суу	155		38. Туз		
	18. с. Табылгеты			39. Минкуш		2
	19. с. Ак-Кул			40. Байзак		2
	20. Кен-Суу	185		41. Чаек		8
		21. Кызыл-Коргон	611			
				30 сел без АУ	24148	23(11)
4. Нарынский район	1. Ак-Кудук	533		19. Оттук	1286	
	2. Шоро	621		20. Таш-Башат	1118	1
	3. Добулу	1361	1	21. Кайынды	639	
	4. Алыш	434		22. Орук-Таш	112	
	5. Кенеш	597		23. Жылан-Арык	1206	
	6. Жан-Булак	2008		24. Учкун	2126	
	7. Жергетал	2525		25. Орто-Нура	1257	2
	8. Жалгыз-Терек	970	1	26. Ак-Булун	277	
	9. Кызыл-Жылдыз	1048	2	27. Ийри-Суу	916	1
	10. Кара-Ункур	74		28. Орто-Саз	532	
	11. Лахол	987	1	29. Орук-Там	101	
	12. Жер-Кочку	636		30. Чет-Нура	657	
	13. Эмгекчил	2819	1	31. Тегерек-Кырчин	87	
	14. Куйбышев	3121		32. Эки-Нарын	596	
	15. Мин-Булак	951		33. Эмгек-Талаа	1277	1
	16. Эчки-Баши	1458		34. Ак-Талаа		1

	17. Казан-Куйган		1	35. Куланак		1
	18.8-Март		1	36. Мин-Булак		1
				23 села без АУ	32330	16(13)
5. Кочкорский район	1.с. Кочкор		14	15.с. Толок		1
	2.с. Большевик		1	16.с. Чекилдек		
	3.с. Тендик			17.с. Дон-Алыш		1
	4.с. Кара -Саз			18.с. Комсомол		1
	5.с. Кара-Кунгой		1	19.с. Кок-Жар		1
	6.с. Кум-Добо		1	20.с. Чолпон		1
	7.с. Ак-Жар		1	21.с. Ара-Кул		
	8.с. Бугучу			22.с. Осовиахим		
	9.с. Шамшы		1	23.с. Туз		1
	10.с. Ак-Куу			24.с. Эркин		
	11.с. Сары-Булак			25.с. Ара-Кель		1
	12.с. Кара- Тоо		1	26.с. Кара-Жол		1
	13.с. Арсы			27.с. Жаны-Жол		1
	14.с. Семиз-Бел		1	28.с. Кара-Суу		1
			29. Кызыл-Добо		1	
			11 сел без АУ		31(18)	

Таб.2. Села Иссык-Кульской области с указанием аптечных учреждений

Район	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ
1. Ак-Суйский район	1. Ак-Булун	1618	1	22. Уч-Кайнар	774	
	2. Ак-Чий	1301		23. Шапак	813	
	3. Бору-Баш	259		24. Курбу	736	
	4. Энчилеш	940		25. Челпек	2361	
	5. Жаны-Арык	1713		26. Качыбек	785	
	6. Жергалан	87		27. Энгилчек	109	
	7. Сары-Камыш	1516		28. Эчкили Таш	3	
	8. Жергез	824		29. Зындан	914	
	9. Отуз уул	993		30. Кызыл-Кия	788	
	10. Орлийное	981		31. Боз-Учук	3093	2
	11. Жылдыз	815		32. Тегизчил	1195	
	12. Лесное	10600		33. Боз-Булун	825	
	13. Таш-Кыя	1667	1	34. Чолпон	1287	
	14. Таш-Короо	3		35. Кереге-Таш	2317	
	15. Ак-Булак			36. Жол-Колот	2186	
	16. Черик	269		37. Отрадное	1682	
	17. Ичке-Жергез	1618		38. Тепке	835	
	18. Кара-Исал			39. Теплоключинка	10600	7
	19. Каракол	1657		40. Бурма-Суу	1571	
	20. Кайрыма-Арык	1112		41. Койлуу	3	
	21. Кара-Кыз	389		42. Маман		1
			37 сел без АУ		12(5)	
2. Жети-Огузский район	1. Тилекмат	1998		25. Ак-кочкор		
	2. Ак-Добо	1207		26. Ырдык		1
	3. Ак-Остен	1142		27. Болтобай	876	
	4. Мундуз	527		28. Конкино	491	
	5. Ак-Шыйрак	179		29. Кок-Добо	721	
	6. Кара-Сай	11		30. Барскоон		1
	7. Ак-Терек	2771		31. Саруу		1
	8. Жениш	1953		32. Кызыл-Орук	198	
	9. Кичи-Жаргылчак	21995		33. Кызыл-Суу		9
	10. Ак-Кочкор	1360		34. Жалгыз-Орук		
	11. Желе-Добо	871		35. Зеленый Жай	267	
	12. Кабак	1026		36. Боз-Бешик	1042	
	13. Талды-Булак	57		37. Иссык-Куль	321	2
	14. Чырак	1554		38. Тамга	3113	1
	15. Жалгыз-Орук	1205		39. Жон-Булак	1582	
	16. Липенка	1341		40. Жаркынбаево	1842	
	17. Ичке Булун	1179		41. Пристань		
	18. Подгорное	921		42. Жон-Булак		
	19. Светлая поляна	2101		43. Кайнар	488	
	20. Тосор	1645		44. Богатыровка	668	
	21. Кытай	531		45. Оргочор	1886	

	22. Кароол-Добо	639		46. Жууку	52	
	23. Дархан		1	47. Чон-Кызыл-Суу	494	
	24. Жеты-Огуз		2	48. Чон-Жаргылчак		
				40 сел без АУ		19(8)
3. Иссык-Кульский район	1. с. Ананьево		3	15. с. Кожойыр		
	2. с. Кок-Добо			16. с. Тамчы		2
	3. с. Чет-Вайсоруун			17. с. Кош-Кол		
	4. с. Бостери		6	18. с. Чырпыкты		
	5. с. Бактуу-Долоноту		1	19. с. Темировка		1
	6. с. Григорьевка		5	20. с. Кашат		
	7. с. Григорьевская пристань			21. с. Тору-Айгыр		
	8. с. Кара -Ой		1	22. с. Кызыл-Орук		
	9. с. Корунду		1	23. с. Сары-Камыш		
	10. с. Булан-Соготуу			24. с. Чон-Сары- Ой		
	11. с. Чон-Орукту		1	25. с. Баетовка		
	12. с. Орто-Орукту			26. с. Орнок		
	13. с. Орукту-Хутор			27. с. Сары-Ой		
	14. с. Семеновка			28. с. Чок-Тал		
				19 сел без АУ		21(9)
4. Тюпский район	1. Беловодское	234		18. Сан-Таш	177	
	2. Фрунзенское	820		19. Сары-Тологой	1107	
	3. Мин-Булак	572		20. Балбай	1831	
	4. Арал	1376		21. Курманту	2299	
	5. Долон	765		22. Талды-Суу	3561	1
	6. Кош-Добо	355		23. Ичке-Суу	1018	
	7. Сары-Добо	1383		24. Коочу	1570	
	8. Иссык-Куль	1677	2	25. Корумду	1509	
	9. Ынтымак	537		26. Тогуз-Булак	1175	
	10. Токтоайан	1239		27. Сары-Булун	544	
	11. Чон-Тогуз-Бай	823		28. Шаты	1085	
	12. Кичи-Орунту	1160	1	29. Чон-Таш	982	
	13. Ой-Булак	659		30. Жылуу-Булак	1210	
	14. Ой-Тал	934		31. Михайловка		1
	15. Кара-Чункур	1454		32. Тюп		9
	16. Каркыры	118		33. Кудургу		1
	17. Кен-Суу	1513		34. Ак-Булак		1
				27 сел без АУ		16(7)
5. Тонский район	1. Ала-Баш	1268		15. Арчалуу	290	
	2. Калкага	536		16. Тура-Суу	723	
	3. Кок-Мойнок-1	756		17. Кажы-Сай	452	3
	4. Тогуз-Булак	1680		18. Тура-Суу	723	
	5. Буркут	1974		19. Дон-Талаа	1776	
	6. Кок-Сай	659		20. Ак-Олон		
	7. Темир-Канат	994		21. Кызыл-Омпол	226	
	8. Ак-Сай	1628	1	22. Жер-Уй	386	
	9. Кара-Талаа	1776	1	23. Торт-Куль	2932	
	10. Бар-Булак			24. Тон	1644	
	11. Кызыл-Туу	1264		25. Оттук	1547	
	12. Кок-Мойнок-2	512		26. Шор-Булак	1012	
	13. Кол-Тор	871		27. Боконбаево		8
	14. Конур-Олон			28. Кара-Коо		2
				23 села без АУ		15(5)

Таб. 3. Села Таласской области с указанием аптечных учреждений

РАЙОН	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ
1. Бакай-Атинский район	1. Кызыл Сай	1245		12. Урмарал	462	
	2. Кызыл Чарба	257		13. Мин Булак	2313	1
	3. Наматбек	663		14. Озгоруш	4399	1
	4. Кен Арал	2576		15. Кыргызстан	2066	
	5. Кок Таш	560		16. Жон Коргон	359	
	6. Ак-добо	3893	2	17. Биринчи Май	1461	

	7. Бакай Ата	6552	8	18. Ынтымак	2028	1
	8. Боо Терек	4662	1	19. Туйто	760	
	9. Маданият	1371	1			
	10. Таш Кудук	1088				
				13 сел без АУ		15(7)
2. Кара Бууринский район	1. Жоон Добо	1985	1	12. Кызыл Адыр	9964	14
	2. Жийде	1304		13. Чон Кара Буура	2651	
	3. Аманбаево	5464	3	14. Уч Булак	1304	
	4. Ак Жар	993	1	15. Кара Сай	2503	
	5. Куру Маймак	359		16. Ак Башат	1427	
	6. Суулу Маймак	1547		17. Кок Сай	3091	2
	7. Бейшеке	1398	1	18. Кайнар	1093	
	8. Бакыйан	2424	1	19. Чымкент	4581	1
	9. Кара Буура	898	1	20. Кок Добо	677	
	10. Кара Суу	1641		22. Шекер	1500	1
	11. Тамчы Булак	311		23. Арчагуль	1882	1
				12 сел без АУ		27(11)
3. Манасский район	1. Арал	1203	1	12. Согот	227	
	2. Сары Булак	166		13. Кенеш	627	
	3. Манас	574		14. Уч Коргон	1095	
	4. Покровка	6919	5	15. Нылды	559	
	5. Кара Арча	579		16. Талас	3029	4
	6. Жийде	695		17. Новодонетское	435	
	7. Таш Башат	249		18. Жайылган	1166	
	8. Кайынды	459		19. Ак Таш	293	
	9. Чеч Добо	885		20. Чон Карка	1285	
	10. Майское	3357		21. Кызыл-Жылдыз		1
	11. Баласары	1355				
				17 сел без АУ		11(4)
4. Таласский район	1. Арал	3524		15. Чыйырчык	231	
	2. Кум Арык	1938		16. Сасык Булак	1765	
	3. Козучак	1116		17. Кара ой	1747	
	4. Арашан	709		18. Кенеш	406	
	5. Кызыл Туу	2342		19. Хан Бурга	470	
	6. Кок Кашат	1225		20. Кара -Суу	2299	1
	7. Таш Арык	1263		21. Кууганды	1984	
	8. Ак Жар	1505		22. Жон- Арык	2144	
	9. Орто Арык	1277		23. Кок Токой	1959	
	10. Балбал	914		24. Талды Булак	2274	1
	11. Калба	11801		25. Ак Коргон	961	
	12. Кок Ой	5657	3	26. Копуро- Базар	3658	
	13. Ак Сай	3589	1	27. Чат Базар	1283	2
	14. Огонбаев		1			
				21 села без АУ		9(6)

Таб.4. Села Чуйской области с указанием аптечных учреждений

Район	Наименование села	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование села	Числ. н ас-я	Кол-во АУ
1. Исык-Атинский район	1. Кировское	1738		26. Милянфан	3964	2
	2. Ак Кудук	649		27. Сары Джон		
	3. Котовское	290		28. Нурманбет	1833	1
	4. Первомайское	593		29. А. Токтоналиева	1472	
	5. Хун Чи (часть)	460		30. Кенеш	2617	
	6. Бирдик	1801		31. Социалчы	600	
	7. Хун Чи (часть)	176		32. им. Тельмана	1068	
	8. им. Гагарина	395		33. Ак Сай	586	
	9. Дюзк	959		34. Жетиген	656	
	10. Интернациональное	2736	1	35. Дайырбек	132	
	11. Джар Баши	263		36. Кызыл Арык	601	
	12. Алмалуу	1034		37. Отогон	729	
	13. Горная Серафимовка	342		38. Жайлама	319	
	14. Джогорку Ичке Суу	207		39. Нижний Норус	709	
	15. Ичке Суу	228		40. Рот Фронт	968	1
	16. Карагай Булак	509		41. Сын Таш	722	

	17. Норус	257		42. Нижняя Серафимовка	1148	
	18. Таш Башат	456		43. Ысык Ата	373	1
	19. Уч Эмчек	225		44. Дмитриевка		2
	20. Кен Булун	2706		45. Юрьевка		2
	21. Гидростроитель	1032	1	46. Буденовка		2
	22. Дружба	2201	1	47. Новопокровка		4
	23. Чолпон	1182		48. Туз		1
	24. Красная Речка	6206	4	49. Ивановка		7
	25. Кармелик	1538		50. Люксембург		1
				35 сел без АУ		31(15)
2. Панфиловский район	1. Вознесенка	3896		11. Ровное	849	
	2. Орто Кайрыма	953		12. им. Тельмана	1071	
	3. Эркин Сай	700		13. Букара	1362	
	4. Кюрпүльдек	1424		14. Кум Арык	1088	
	5. Джайылма	984		15. Орто Арык	1616	
	6. Эфиرونос	746		16. Чолок Арык	871	
	7. Чорголу	346		17. Первомайское	537	
	8. Озерное	354		18. Октябрьское	1546	
	9. Ойронду	459		19. им. Кирова	1546	
	10. Панфиловское		6	20. Чалдывар		2
			21. Каинды		2	
			18 сел без АУ		10(3)	
3. Сокулукский район	1. Таш Булак	1783		34. Лесное	809	
	2. Берлюлю	217		35. Гавриловка	2559	1
	3. Четинди	60		36. Шалта	1255	
	4. Комсомольское	2565		37. Верхневосточная	346	1
	5. Озерное	602		38. Зеленое	927	
	6. Студентческое	1712	1	39. Ак Кашат	492	
	7. Ассылбаш	1959		40. Мирный	691	
	8. Ак Джол	2319		41. Чат Кел	2742	
	9. Торт Кел	1072		42. Тогоз	626	
	10. Жыламыш	1227		43. Арал Дальний	332	
	11. Джаны Жер	4774	2	44. Камышановка	1527	
	12. Западное	865		45. Достук	257	
	13. Нижневосточное	1376		46. Карасакал	393	
	14. Заря	668		47. Новое	507	
	15. Майское	194		48. Нижнечуйское	1866	1
	16. Белек	959		49. Кашкабаш	373	
	17. Арал Ближний	975		50. Нижний Орок	1455	
	18. 1 мая	1754		51. Плодовое	190	
	19. Кунтуу	3306	1	52. Сарбан	905	
	20. Малая Шалта	187		53. Селекционное	1309	
	21. Чон Джар	721		54. Первомайское	1754	
	22. Малаводное	2446		55. Национальное	510	
	23. Токбай	348		56. им. Панфилова	313	
	24. Мирное	595		57. Саз	1378	
	25. Садовое	1009		58. Конуш	371	
	26. Северное	572		59. Сокулук		18
	27. Степное	160		60. Военно-антоновка		8
	28. Талтак	106		61. Манас		2
	29. Учкун	632		62. Кызыл-Туу		1
	30. Джал	1860		63. Романовка		1
	31. Верхний Орок	552		64. Новопавловка		7
	32. Калтар	94		65. Жаны-Пахта		1
	33. Кировское	1174				
			52 села без АУ		45(13)	
4. Московский район	1. Темен Суу	1677	1	14. Мураке	597	
	2. Ак Торпок	349		15. Беш Орук	1267	
	3. Кепер Арык	638		16. Кош Добо	1124	
	4. Чон Арык	1118		17. Завадское	1769	
	5. Крупское	1635		18. Ан Арык	501	
	6. Беш Терек	1011		19. Большевик	304	
	7. Предетеченка	1477		20. Тёлек	950	
	8. Сретенка	3649	3	21. Спартак	1344	
	9. Заря	632		22. Малаводное	494	
	10. Кыз Моло	1285		23. Беловодское		15
	11. Ак Сёок	315		24. Ак-суу		3

	12. Ак Башат	723		25. Садовое		2
	13. Бала Айылчы	908		26. Петровка		3
				27. Александровка		3
				20 сел без АУ		30(7)
5. Кеминский район	1. Кызыл Суу	1489		17. Джаны Альш	2104	1
	2. Борду	434		18. Джаны Джол	220	
	3. Ильичевское	1207		19. Алтымыш	395	
	4. Кара Булак	815		20. Чуйское	344	
	5. Бейшеке	875		21. Тегирменчи	1290	
	6. Кароол Дебе	895		22. Кызыл Октябрь	1417	
	7. Кичи Кемин	2503		23. Джель Арык	290	
	8. Белый Пикет	863		24. Кшкенен	836	
	9. Дорожное	156		25. Сасык Булак	81	
	10. Кызыл Кия	51		26. Чолок	71	
	11. Ударник	203		27. Калмак Ашуу	535	
	12. Шабдан	1929	2	28. Тар Суу	508	
	13. Кызыл Байрак	273		29. Новомихайловка	329	
	14. Торт Куль	407		30. Орловка		5
	15. Самансур	718		31. Кемин		15
	16. Алмалуу	807	1	32. Чым-Коргон		2
			28 сел без АУ		26(6)	
6. Жайылский район	1. Тунук	570		17. Малтабар	466	
	2. Боксо Джол	780		18. Орто Суу	984	
	3. Кайрыма	419		19. Ссары Булак	971	
	4. Бекитай	701		20. Монолдор	431	
	5. Айдарбек	606		21. Эриктуу	635	
	6. Ак Башат	838		22. Алтын	952	
	7. Арал	232		23. Джекен	450	
	8. Жайыл	1065		24. Джон Арык	624	
	9. Ставраполевка	1154		25. Ийри Суу	638	
	10. Кара Суу	556		26. Федоровка	1374	
	11. Кожомкул	932		27. Сосновка	5483	
	12. Каракол	120		28. Степное	1868	
	13. Кызыл Ой	831		29. Суусамыр	2414	1
	14. Калдык	485		30. Кайсар	262	
	15. Кара Добо	667		31. 1 Мая	609	
	16. Кызыл Дыйкан	1002		32. Полтавка		2
			33. Новониколаевка		2	
			30 сел без АУ		5(3)	
7. Аламудинский район	1. Кайрыма	1169		24. Васильевка	2575	1
	2. Мраморное	1660		25. Привойное	82	
	3. Татыр	107		26. Ат Башы	186	
	4. Арчалы	1907		27. Вторая Пятилетка	58	
	5. Баш Кара Суу	767		28. Кара Джыгач	4869	1
	6. Виноградное	2170		29. Дачное	1249	2
	7. Полевое	125		30. Мыкан	1088	
	8. Гроздь	1749		31. Лубяное	442	
	9. Бирдик	1227		32. Пригородное	5465	2
	10. Лесное	93		33. Степное	1659	
	11. Восток	2997		34. Малиновка	320	
	12. Константиновка	1026		35. Горная Маевка	785	3
	13. Октябрьское	4232	2	36. Подгорное	1348	
	14. Озерное	1922		37. Ташмойнок	362	
	15. Заречное	565		38. Лебединовка		7
	16. Чон Таш	689		39. Нижняя Ала-Арча		9
	17. Кызыл Бирдик	535		40. Таш-Тобо		6
	18. Прохладное	668		41. Кок-Жар		1
	19. Молдовоновка	4718		42. Ленинское		5
	20. Рассвет	209		43. Арашан		2
	21. Байтик	2197		44. Беш-Кунгей		1
	22. Байгельди	474		45. Аламудун		16
	23. Кашка Суу	1081		46. Кой-Таш		1
			32 сел без АУ		58(15)	
8. Гор Кенеш Чуй Токмок	1. Ак Бешим	2099		20. Плохотниково	150	
	2. Джаны Джол	1099		21. им. Чапаева	560	
	3. Октябрьское	653		22. Кош Коргон	1526	
	4. Дон Арык	2041		23. Прогресс	1978	

	5.Алга	327		24.Кайрыма	804	
	6.Бурана	468		25.Маданиат	619	
	7.Мээнеткеч	750		26.Онбир Жылга	1078	
	8.Калиновка	1436		27.Сайлык	941	
	9.Кара Ой	694		28.Джаны Чек	386	
	10.Кызыл Аскер	402		29.Арал	986	
	11.им. Ленина	425		30.Карагул	133	
	12.Ленин Джол	912		31.Кош Кашат	452	
	13.Талды Булак	557		32.Чон Джар	429	
	14.Кара Добо	1226		33. Советское		
	15.Восточное	131		34. Чуй		14
	16.Джаны Турмуш	327		35.Шамшы		
	17.Железно Дорожное	91		36. Садовое		
	18.Кегети	1905	1	37. Искра		1
	19.Арпа Тектир	405		38. Кошой		1
				34 села без АУ		17(4)

ТАБЛ. 5. СЕЛА БАТКЕНСКОЙ ОБЛАСТИ С УКАЗАНИЕМ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Район	Наименование сел	Числ. нас-я	К ОЛ-ВО АУ	НАИМЕНОВАНИЕ СЕЛ	Числ. нас-я	Кол-во АУ
1. Кадамжайский район	1. Факел	2341		48.Бюргендю Пмк	398	1
	2. Ак Туррпак	390		49.Кожо Корум	69	
	3. Мин Чынар	1916		50.Кара Джыгач	2369	
	4. Галга	238		51.Аустам	194	
	5. Орукзар	1331		52. Кара Кыштак	767	
	6. Кызыл Коргон	900		53.Карооч	569	
	7. Отукчу	568	1	54.Кереге Таш	429	
	8. Сары Камыш	26		55.Майдан	1680	
	9. Токой	220		56.Пуч	861	
	10. Чогорок	194		57.Арпа Сай	1372	
	11. Чон Кара	198		58.Кара Дебе	647	
	12. Адыр	556		59.Кек Талаа	1881	
	13. Шак Шак	699		60.Калыков	610	
	14. Шыбран	580		61.Пытдырак	626	
	15. Чунгур Кыштак	1872		62.Охна	7485	
	16. Жаны Чек	39		63.Кулду	2533	
	17. Ормош	1118		64.Таш Кыя	1514	
	18.Бел	731		65.Чаа Таш	1155	
	19. Джал	835		66.Какыр	746	
	20. Джаны Коргон	931		67.Качана	1731	
	21. Кичи Хайдаркан	693		68.Калтак	1687	
	22. Моло Варган	784		69.Сулайманобод	623	
	23. Сур	1397		70.Разъезд	997	
	24. Сырт	1177		71.Сухана	2558	
	25. Тескей	127		72.Чаувай	704	
	26. чечме	920		73.Исфайрам	1423	
	27. Эшме	557		74.Халмион	4259	6
	28. Кара Дебе	1692	3	75.Байчаала	243	
	29.Валакиш	986		76.Гульдерема	767	
	30.Кожо Какыр	1147		77.Джаны Айыл	542	
	31.Кон Коко	1806		78.Джошук	989	
	32.Гулистан	980		79.Кек Тал	735	
	33.Кызыл Чарба	1899		80.Курулуш	150	
	34.Таш Коргон	1571		81.Ноогардан	2041	
	35.Кётёрме	520		82.Абдусамат	2056	
	36.Эллейсеки	903		83.Ынтымак	896	
	37.Гайрат	1126		84.Чекелик	1142	
	38.Орон Терек	307		85.Жаны Жер	179	1
	39.Орто Арык	596		86.Таш Дебе	948	
	40.Кара Шоро	121		87.Шалды Маала	250	
	41.Кескен Таш	1016		88. Алга		2

	42.Сай оозу	1357		89. Марказ		2
	43.Тамаша	704		90. Орозбеково		3
	44. Лангар	650		91. Пульгон		15
	45.Кыргыз Кыштак	3112	1	92. Уч-Коргон		10
	46.Бюргендю	110		93. Хайдаркен		7
	47.Кайтпас	1526		81 сел без АУ		52(12)
2. Баткенский район	1.Базар Башы	1777		23.Самаркандык	5596	2
	2.Булак Башы	542		24.Ак Сай	810	
	3.Чет Булак	422		25.Ак Татыр	2090	1
	4.Чек	2712	1	26.Говсувар	780	
	5.Тунук Суу	178		27.Джаны Бак	937	
	6.Кан	808		28.Капчыгай	555	
	7.Табылгы	360		29.Кек Таш	1779	
	8.Кайында	778		30.Паскы Арык	2261	
	9.Сары Талаа	170		31.Рават	1544	
	10.Коргон Таш	65		32.Уч Дебе	1663	
	11.джаны Джер	1634		33.Боз Адыр	1891	1
	12.Жанырык	182		34.Апкан	843	
	13.кызыл Бел	3081		35.Боксай	560	
	14.Бужум	6734	1	36.Кара Токой	725	
	15.Кара Булак	2361	1	37.Айгул Таш	173	
	16.Кызыл Джол	2824	1	38.Чон Талаа	1015	
	17.Таян	1214		39. Ак Оток	255	
	18.Газ	1504	1	40.Ак Турпак	925	
	19.Кыштут	942		41.Зар Таш	500	
	20.Сай	1566		42.Чон Кара	2355	
	21.Согмент	1573		43. Кара-Бак		1
				34 села без АУ		10(9)
3. Ляйлякский район	1.Ак Суу	2437		22.Баул	1352	
	2.Джениш	1086		23.Озгоруш	767	
	3.Суу Башы	438		24.Кулунду	7207	6
	4.Маргун	2153	1	25.Булак Башы	1318	
	5.Чурбек	893		26.Интернационально е	3268	1
	6.Андархам	1693		27.коммунизм	3665	
	7.Дархум	622		28.им. Ленина	3196	
	8.Даргаз	178		29.Коргон	2284	
	9.Лайлы	344		30.Кара Суу	1159	
	10.Эски Оочу	1075		31.Лейлек	663	3
	11.Центральное	1989		32.Чоюнчу	831	
	12.Арка	2979	1	33.Андарак	4736	
	13.Достук	2556		34.Искра	1850	
	14.Жаштык	2956		35.Кек Таш	2780	
	15.Ак Булак	595		36. Коммуна	1480	
	16.Чимген	2700		37.Мин Жыгач	1562	
	17.Тайлан	1368		38.Ай Кол	860	
	18.Голбо	1209		39.Кара Булак	1877	
	19.Самат	1762		40.Айбике	2124	
	20.Мурза Патча	724		41.Тогуз Булак	1024	
	21.Катран	4442	2	42.Гордой	270	
			43. Бешкент		1	
			36 сел без АУ		15(7)	

ТАБЛ. 6. СЕЛА ДЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТИ С УКАЗАНИЕМ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

РАИОН	Наименование сел	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование сел	Числ. нас-я	Кол-во АУ
1. Аксыский район	1.Пазыл Ата	3321		34. Джаны Айыл	2019	
	2.Байкашка Терек	472		35.Кара Дебе	298	
	3.Дерес Сай	509		36.Согот	477	
	4.Жангактуу Булак	310		37.Кербен	13929	
	5.Ит Агар	292		38.Кулук Дебе	1835	
	6.Коргон	673		39.Ак Дебе	3170	
	7.Мукур	956		40.Жетиген	1524	
	8.Тегермен Сай	506		41.Мамай	238	

	9.Товар Сай	1745		42.Устукан	129	
	10.Ак Джол	1971		43.Аркит	818	
	11.Джолбосту	632		44.Джылгын	1127	
	12.Кара Тыт	125		45.Джол Сай	1157	
	13.Кечуу	554		46.Атана	3295	1
	14.Райкомол	1242		47.Мундуз	721	
	15.Тегене	769		48.Сары Кашка	1507	
	16.Кызыл Бейит	191		49.Семет	1159	
	17.Курп Сай	90		50.Торук	867	
	18.Разан Сай	190		51.Улук	1172	
	19.Ак Сай	837		52.Чие	1123	
	20.Коргон Дебе	912		53.Топ Джангак	887	
	21.Джаны Джол	3008	2	54.Джузумжан	1226	
	22.Кой Таш	1279		55.Кара Суу	962	
	23.Таштак	299		56.Кезарт	555	
	24.Терс	421		57.Кызыл Кел	899	
	25.Боспиек	1142		58.Сай Булун	298	
	26.Кызыл Капчыгай	880		59.Турдюк	98	
	27.Кара Джыгач	2422		60.Чалдыбар	530	
	28.Дардак Дебе	310		61.Чат	176	
	29.Кара Ой	302		62.Кызыл Джар	3865	1
	30.Сыны	292		63.Кум	2127	
	31.Торкамыш	614		64.Джыл Кол	768	
	32.Чарба	1214		65.Нарын	7049	
	33.Кашка Суу	3272	2	66. Авлетим		1
				61 село без АУ		7(5)
2. Ала Букинский район	1.Сапалак	212		22.Кен Кол	427	
	2.Сары Талаа	2927		23.Орто Токой	469	
	3.Ак Коргон	5505	5	24.Орюктю Сай	1432	
	4.Падек	2616		25.Чолок Тума	461	
	5.Баястан	4066		26.Айры Там	3446	3
	6.Ак Там	3554	1	27.Ак Башат	757	
	7.Джапа Салды	1438		28.Алма Бел	195	
	8.Кызыл Ата	1706		29.Джаны Шаар	1839	
	9.Тенги	2148	1	30.Кара Ункюр	494	
	10.Ак Тайлак	664		31.Ажек	1585	
	11.Бирлешкен	688		32.Совет Сай	956	
	12.Кош Болот	671		33.Ызар	1353	1
	13.Сара Кол	136		34.Баймак	1678	
	14.Тёлёкё	273		35.Кашкалак	2521	1
	15.Кёк Таш	408		36.Келте	1137	1
	16.Булак Башы	369		37.Кош Алмурут	1559	
	17.Жалгыз Орук	437		38.Кош Терек	1493	
	18.Кулпек Сай	257		39. Ала-Бука		21
	19.Орто Суу	413		40. Достук		1
	20.Чон Сай	360		41. Маданият		1
		21.Орюктю	2447			
				31 село без АУ		36(10)
3. Базар Корганский район	1.Джаны Акман	2260		28.Дукур	474	
	2.Джараке	1922		29.Сайдыкум	91	
	3.Кайрыма	1765		30.Тойчубек Чек	366	
	4.Колот	1782		31.Турпак Коргон	436	
	5.Кош Коргон	1991		32.Хаджир Абад	2124	
	6.Таш Булак	403		33.Чек	699	
	7.Беш Бадам	1172		34.Чон Курулуш	461	
	8.Джети Кошкон	644		35.Аук	2830	
	9.Бешик Джон	3786		36.Кара Джыгач	1039	
	10.Бай Мундуз	2467		37.Кызыл Октябрь	2446	
	11.Карача	2050		38.Могол Коргон	867	
	12.Бель Терек	822		39.1 Мая	3662	
	13.Гумхана	1517		40.Сейит Казы	700	
	14.Джай Терек	1960		41.Шыдыр	3374	
	15.Джарадар	477		42.Каба	861	
	16.Кызыл Ункюр	964		43.Сары Жайык	662	
	17.Ак Булак	910		44.Катар Жангак	339	
	18.Джаз Кечуу	402		45.Ак Тыт	347	
	19.Косо Терек	800		46.Уч Булак	2760	

	20. Кара Ой	693		47. Ак Терек	329		
	21. Кызыл Суу	692		48. Кёк Алма	1824		
	22. Правда	2880		49. Кыргоо	477		
	23. им. Чкалова	1127		50. Арсланбоб		1	
	24. Аркалык	454		51. Базар-Коргон		30	
	25. Джаны Абад	1389		52. Советское		1	
	26. Жаш Ленин	849		53. Чарбак		1	
	27. Дёш	257		49 сел без АУ		36(4)	
4. Ноокенский район	1. Ортонку Арал	2123		26. Кара Булак	901		
	2. Томонку Арал	494		27. Сары Сыя	1092		
	3. Чертек Таш	774		28. Коминтерн	2862		
	4. Черемушки	391		29. Кызыл Жылдыз	714		
	5. Бюргендю	1830	4	30. Параканда	334		
	6. Джаны Арык	3826		31. Рахманджан	2327	1	
	7. Джениш	908		32. Аримджан	1707		
	8. Кичи Бюргендю	904		33. Бобуй	490		
	9. Кокандык	349		34. Кагазды	867		
	10. Курама	546		35. Кызыл Кыргызстан	2424		
	11. Ноошкен	2840		36. Чон Багыш	3359		
	12. Ууру Джар	393		37. Алма	2641		
	13. Кудук	177		38. Бирдик	2191	1	
	14. Сары Камыш	108		39. Джаны Арык	1588		
	15. Шынга Сай	80		40. Джон Арык	683		
	16. Апыртан	1404		41. Кёк Айдар	530		
	17. Беш Джыгач	395		42. Тоскоол	1280		
	18. Бёгёт	1198		43. Эски Маасы	1508		
	19. Момбеково	2976		44. Чек	602		
	20. Бостон	1302		45. Кочкор-Ата		8	
	21. Джазгак	1385		46. Массы		16	
	22. Джаны Кыштак	482		47. Сакалды		2	
	23. Кок Таш	16		48. Шамалды-Сай		13	
		24. Курулуш	2522				
		25. Чек	1338				
				41 село без АУ		45(7)	
5. Сузакский район	1. Таран Базар	1846		58. Соку Таш	503		
	2. Джоон Кюнгой	2184		59. Ак Баш	1988		
	3. Калмак Кырчын	1032		60. Шатрак	397		
	4. Канджыга	491		61. Бостон	1879		
	5. Кара Чолок	1718		62. Алчалуу	265		
	6. Сары Булак	254		63. Жаны Ачы	706		
	7. Саты	1075		64. Жашасын	223		
	8. Багыш	2314		65. Кашка Суу	86		
	9. Беш Бала	1011		66. Кызыл Алма	205		
	10. Кедей Арык	944		67. Талаа Булак	1042		
	11. Кызыл Туу	935		68. Ленинское	2337	1	
	12. Сары Булак	895		69. Орто Сай	1544		
	13. Сафаровка	2120		70. Джыгач Коргон	2318		
	14. Кыпчак	1867		71. Балта Казы	876		
	15. Ачы	305		72. Джаны Джер	1886		
	16. Боз Чычкан	1078		73. Кара Джыгач	647		
	17. Беш Мойнок	1052		74. Кашкар Маала	351		
	18. Джаны Айыл	815		75. Кызыл Багыш	767		
	19. Джар Кыштак	822		76. Кыргыз Абад	499		
	20. Дёбей	1064		77. Мундуз	1270		
	21. Канды	405		78. Найман	411		
	22. Мин Орок	720		79. Тюрк Абад	1084		
	23. Маркай	340		80. Узбек Абад	361		
	24. Сай	388		81. Чек	712		
	25. Тёолёс	721		82. Ширин	556		
	26. Таштак	837		83. Благовещенка	3554	1	
	27. Тюрк Маала	567		84. Джаны Дыйкан	2038		
	28. Ульгю	1359		85. Камыш Башы	892		
	29. им. Осмонова	623		86. Кыр Джол	387		
	30. Чёкё Дёбё	3084		87. Садда	623		
	31. Чокмор	1409		88. Таш Булак	4953		
	32. Кара Алма	918		89. Арал	168		

	33.Орток	849		90.Гюльстан	1211	
	34.Урумбаш	926		91.Дмитровка	2897	
	35.Тёш	4507		92.Доскана	784	
	36.Чангыр Таш	2218		93.Эшме	155	
	37.Жалгыз Жангак	3561		94.Ирригаторов	571	
	38.Мазар Булак	544		95.Тепличное	517	
	39.Уч Малай	961		96.Ынтымак	2032	
	40.Ак Тоок	1723		97.Джар Кыштак	3871	
	41.Ак Булак	149		98.Арал Сай	1593	
	42.Кара Март	2608		99.Кюмюш Азиз	5148	
	43.Джаны Арык	257		100.Дёмёр	1690	
	44.Джылан Темир	318		101.Кайнар	87	
	45.Каду	1129		102.Кургак Кел	2868	
	46.Кара Булак	1026		103.Ладан Кара	4150	1
	47.Катранкы	673		104.Масадан	1578	
	48.Кашка Терек	852		105.Сасык Булак	73	
	49.Кыз Кёл	586		106.Тотия	2039	
	50. Сары Булак	648		107.Чымчык Джар	954	
	51.Мундуз	2088		108.Ырыс	1183	2
	52.Ак Терек	372		109. Бекабад		2
	52.Акчалуу	397		110. Жийде		1
	53. Алмалуу Булак	839		111. Октябрьское		3
	54.Кара Инген	181		112. Сузак		25
	55.Кара Кел	608				
	56.Кызыл Сенир	2441				
	57.Орто Азия	2284				
				104 села без АУ		36(8)
6. Тогуз Тороуский район	1.Атай	1221	1	9.Кош Булак	376	
	2.Бирдик	1074	1	10.им. Ленина	1927	
	3.им. Карла Маркса	578		11. Орнок	105	
	4.Макмал	194		12. Арал		1
	5.Чет Булак	992	1	13. Дедемель		1
	6.Абдыманап	1441		14. Казарман		7
	7.Табылгыты	687	1	15. Кара-Суу		1
	8.Исак	814				
				7 сел без АУ		14(8)
7. Токтогулки й район	1.Сары Согот	1830	1	23.Ничке Сай	1702	1
	2.Бел Алды	941		24.Чоргочу	1266	1
	3.Коргон	494		25.Бирлик	601	1
	4.Кара Суу	1205	1	26.Кётөрме	780	1
	5.Кара Тектир	2681		27.Торкент	4401	1
	6.Бала Чычкан	2459		28.Кара Джыгач	2345	1
	7.Жазы Кечуу	1472		29.Толук	1227	1
	8.Терек Суу	4168	1	30.Алмалуу	608	
	9.Беке Чал	56		31.Ноот	560	
	10.Чон Арык	2810	1	32.Чаар Таш	524	
	11.Эшсай	240		33.Жетиген	2370	1
	12.Кызыл Озгоруш	2471		34.Кызыл Ураан	2343	1
	13.Ан Арык	538		35.Саргата	1829	1
	14.Бел Кара Суу	250		36.Чолпон Ата	1310	1
	15.Бууракан	409		37.Ак Тенир	1817	1
	16.Камыш Башы	1513		38.Балыкты	59	
	17.Конур Огуюз	262		39.Кара Кюнгеи	1189	1
	18.Кош Таш	1265		40.Кушчу Суу	162	
	19.Орто Жоон	1220	1	41.Мазар Суу	1400	1
	20.Чеч Дёбё	306		42. Жаны-Жол		1
	21.Шайык	425		43. Токтогул		19
	22.Ак Жар	617		44. Уч-Терек		2
				22 села без АУ		41(22)
8. Чаткальский район	1. Кызыл Токой	940		7. Курулуш	1122	
	2. Башкы Терек	557		8. Жаны Базар		1
	3. Айгыр Джаак	2313	1	9. Каныш-Кыя		3
	4. Коргон Сай	598		10. Сумсар		1
	5. Чакмак Суу	288		11. Терек-Сай		1
	6. Ак Таш	868		12. Шекафтар		1
				6 сел без АУ		8(6)

ТАБЛ.7. СЕЛА ОШСКОЙ ОБЛАСТИ С УКАЗАНИЕМ АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Район	Наименование сел	Числ. нас-я	Кол-во АУ	Наименование сел	Числ. нас-я	Кол-во АУ
1. Алайский район	1.Кёк Суу			31.Арпа Тектир	1707	1
	2.Нура	572		32.Джар Кыштак	535	
	3.Сопу Коргон	2206		33.Каблан Кёл	2389	1
	4.Аскалы	258		34.Кара Шоро	1208	
	5.Джергетал	467		35.Кызыл Ой	196	
	6.Колдук	670		36.Тогуз Булак	1720	1
	7.Таргалак	489		37.Кен Джылга	2213	
	8.Терек	1050		38.Первое Мая	1480	
	9.Чий Талаа	1331	1	39.Кызыл Коргон	2344	
	10.Кайнама	419		40.Кун Элек	1057	1
	11.Кум Шоро	723		41.Мурдаш	2292	1
	12.Октябрь	858		42.Тоошкан	263	
	13.Оро Дёбё	179		43.Талды Суу	1411	1
	14.Тамга Терек	680		44.Арча Булак	262	
	15.Кошулуш	96		45.Кёк Булак	64	
	16.Кёл Чаты	224		46.Кургак	42	
	17.Кичи Бюлёлёю	816	1	47.Туура Булак	39	
	18.Чон Бюлёлёю	635		48.Ак Джай	970	
	19.Жылуу Суу	549		49.Ак Босого	1132	1
	20.Кара Булак	537		50.Геджиге	161	1
	21.Курманжан Датка	1048		51.Кичи Каракол	1139	
	22.Чакмак	326		52.Кызыл Алай	798	
	23.Джаны Турмуш	1017	2	53.Чон Каракол	1023	
	24.Аюу Тапан	1327		54. Гульче		12
	25.Ленин Джол	950		55. Кара-Суу		1
	26.Миязды	536		56. Сары-Могол		1
	27.Осоавиахим	1132		57. Сары-Таш		2
	28.Джаны Алай	1593				
	29.Жаны Арык	1056				
	30.Боз Караган	1124				
			42 села без АУ		28(15)	
2. Араванский район	1.Аччи	1546		23.Найман	2372	
	2.Кара Булак	84		24.Сары Таш	1542	
	3.Каррак	615		25.Сырт	1010	
	4.Октябрь	1990		26.Хауз	1537	
	5.Сасык Ункюр	1107		27.Тепе Коргон	5869	8
	6.Сутхор	294		28.Арап	1792	
	7.Эрке Кашка	161		29.Интернационал	871	
	8.Янги Араван	2056		30.Кайрагач Арык	1707	1
	9.Гюлбаар	6458		31.Какыр Пилтан	1320	
	10.Кичик Алай	434		32.Кесов	2111	
	11.Кюндёлюк	101		33.Лангар	3095	
	12.Майдан Талаа	36		34.Уйгур Абад	1649	
	13.Мин Теке	39		35.Чертик	1031	
	14.Сары Булак	15		36.Янги Абад	1197	
	15.Чогом	504		37.Янги Юль	1912	
	16.Мангыт	1784	1	38.Кочубаево	4211	2
	17.Кесек	789		39.Джакшылык	1702	
	18.Кызыл Коргон	830		40. Джар Кышлак	634	
	19.Телейкён	2300		41.Кукалалаш	690	
	20.Янги Арык	1604		42.Максим Тобу	510	
	21.Джеке Мисте	2252		43.Пахтачи	2210	
	22.Керкидан	1324		44.Агроном	639	
			45. Араван		37	
			40 сел без АУ		49(5)	
3. Кара Кульджинский район	1.Кёк Арт	2526	1	22.Джаны Талап	1789	
	2.Кан Коргон	2578	1	23.Жийде	814	1
	3.Сары Бээ	982	1	24.Октябрь	2137	
	4.Кара Таш	713		25.Чачырканак	1219	
	5.Терек Суу	692		26.Кайын Талаа	1159	
	6.Джаны Талаа	1164		27.Коо Чаты	1844	1

	7.Алтын Кюрек	297	1	28.Кызыл Джар	614	1
	8.Джетим Дебе	1452		29.Терек	1166	
	9.Калматай	1100		30.Ой Тал	1572	1
	10.Карра Джыгач	1305		31.Кондук	960	1
	11.Кенеш	1941		32.Сарыташ	593	1
	12.Насирдин	426		33.Кара Булак	568	
	13.Пор	1322		34.Кызыл Булак	472	
	14.Ак Кыя	2743		35.Сары Кюнгей	1045	
	15.Кара Кочкор	3322	2	36.Тегерек Саз	652	
	16.Сары Булак	1614	2	37.Тогуз Булак	1022	
	17.Кара Кульджа	10770	8	38.Токбай Талаа	644	
	18.Бий Мырза	3778	1	39.Токбай Талаа	4267	
	19.Первое Мая	5921	1	40.Буйга	1028	1
	20.Сары Камыш	906		41.Ылай Талаа	6394	1
	21.Тоготой	2091		42.Сай	2110	1
				24 сел без АУ		27(18)
4. Кара Суйский район	1.Жылгелди	3135		60.Джийдалик	3535	
	2.Ак Таш	3177		61.Жим	1621	
	3.Барак	528		62.Зарбдар	3263	
	4.Джаны Арык	5194		63.Каратай	2186	
	5.Ак Терек	631		64.Куранкол	164	
	6.Достук	562		65.Кызыл Мехиат	2091	
	7.Правда	3666		66.Лангар	1430	
	8.Таш Арык	1720		67.Осмон	899	
	9.Учкун	270		68.Тажик Абад	1686	
	10.Агартуу	1764		69.Ак Колот	504	
	11.Ак Джар	1250	1	70.Кара Дебе	3506	
	12.Бирлик	928		71.Курбан Кара	1600	
	13.Гайрат	1837		72.Кызыл Абад	1298	
	14.им. Зарбалик	1408		73.Кызыл Суу	2295	
	15.Коммунизм	829		74.Кыш Абад	1726	
	16.Кызыл Кошчу	2204		75.Отуз Адыр	5393	1
	17.Кызыл Сарай	1130		76.Савай Арык	896	
	18.Маданият	2131		77.Сары Колот	2353	
	19.Мамажан	2385		78.Тынчтык	609	
	20.Питомник	1225		79.Ынтымак	577	
	21.Баш Булак	5453		80.Папан	3335	2
	22.Ачы	547		81.Ак Терек	683	
	23.Джаны Турмуш	490		82.Алчалы	1226	
	24.Кара Саат	1472		83.Ата Мерек	271	
	25.Кызыл Ордо	1418		84.Бору	1745	
	26.Садырбай	786		85.Карагур	1357	
	27.Талдык	1418		86.Коджо Келен	1322	
	28.Эшме	749		87.Кызыл Туу	1660	
	29.Джар Ооз	1754		88.Тогуз Булак	396	
	30.Алга Бас	1075		90.Кызыл Шарк	4389	
	31.Андижан Махал	376		91.Кен Сай	4607	
32.Бек Джар	1242		92.Курбан Кара	1805		
33.Кенджекул	2021		93.Кыдырша	2216		
34.Монок	3434		94.Октябрь	1988		
35.Таджик Махала	467		95.Савай Арык	3003	2	
36.Андижанское	3593		96.Ынтымак	2024		
37.Бель Кыштак	1324		97.им. Кирова	7635		
38.Джаны Кыштак	4226		98.имю Тельмана	3533		
39.им Карла Маркса	1828		99.Конурат	1276		
40.Коммунист	1493		100.Миялы	422		
41.Кызыл Байрак	1008		101.Присавай	88		
42.Чайги	1387		102.Эркин	2482		
43.Али Ордо	993		103.Дыйкан Кыштак	7403	1	
44.Коргон	401		104.Бирлешкен	2444		
45.Талаа	1082		105.Озгур	1366		
46.Хорок	565		106.Телекен	2684		
47.Кыргыз Чек	4189		107.Учар	2912		
48.Асан Чек	3875		108.Шарк	8230	6	
49.Каарман	2564		109.Имам Ата	3539		
50.Лаглан	986		110.Маданият	3122		
51.Социализм	2425	1	111.Падаван	6227		

	52.Тээке	554	1	112.Ташлак	10454	
	53.Учкун	1422		113. Топ Терек	396	
	54. Чагыр	1197		114. Большевик		1
	55.Нурдар	2797		115. Кашкар-кыштак		5
	56.Алим Тепе	1589		116. Кызыл-кыштак		1
	57.Баш Мойнок	727		117. Мады		2
	58.ВЛКСМ	3114		118. Нариман		6
	59.Джаны Махала	2367		105 сел без АУ		30(13)
5. Ноокатский район	1.Бель	4079	2	35.Таш Булак	1099	
	2.Борбаш	5084		36.Алашан	2073	
	3.им. Фрунзе	11597		37.Борбаш	3030	
	4.Гюльстан	3824	2	38.Джйде	3279	1
	5.Джаны Ноокат	17882	2	39.Каранай	1407	
	6.Кызыл Тейит	1765	1	40.Сарыканды	2489	
	7.Темир Корук	712	1	41.Ак Булак	4524	
	8.Коммунизм	3296	2	42.Борко	2989	1
	9.Айбек	1561		43.Кара Ой	328	
	10.Ак Чабуу	472		44.Кара Таш	40	1
	11.Жатан	1642		45.Кыргыз Ата	4403	1
	12.Интернационал	2102	1	46.Таш Булак	16	
	13.Караке	1051		47.Он Эки Бель	3036	
	14.Осор	1903	1	48.Нарай	1821	1
	15.Таштак	694		49.Меркит	2587	1
	16.Учбай	1743		50.Ай Тамга	1905	
	17.Чучук	1498		51.Герей Шорон	2311	1
	18.Джар Коргон	2566	1	52.Джайышма	1510	1
	19.Кек Бель	4681	1	53.Додон	1187	1
	20.Кунгей Кожоке	3424		54.Кенеш	2615	1
	21.Тескей Кожоке	3240		55.Муркут	2855	1
	22.Чеч Дебе	1320		56.Толман	1179	
	23.Кара Таш	6640		57.им. Чапаева	12755	
	24.Нойгут	3040		58.Арал	1538	1
	25.Куу Майдан	3697		59.Барын	3367	
	26.Ак Терек	137		60.Будайлык	76	
	27.Арбын	3142	1	61.Капчыгай	203	
	28.Чегеден	272		62.Кара Кокту	632	
	29.Шанкол	3468	1	63. Арыкбою		1
	30.Кызыл Булак	2528		64. Жаны-Базар		2
	31.Акчал	2127		65. Кок-Жар		3
	32.Баглан	481		66. Кетерме		1
	33.Коджо Арык	6642		67. Коджоке		1
	34.Кош Дёбё	843		68. Ынтымак		1
			69. Найман		1	
			38 сел без АУ		38(31)	
6. Узгенский район	1.Ак Джар	1582	1	51.Ийрек	277	
	2.Какыр	1220		52.Коргон	302	
	3.Семиз Кель	695		53.Ункюр	378	
	4.Кенеш	1079		54.Ынтымак	344	
	5.Айгыр Джол	1901		55.Эльчибек	519	
	6.Кош Коргон	514		56.Кароол	3034	1
	7.Кызыл Кырман	1510		57.Мырзы Арык	4246	
	8.Бакмал	1027		58.Орто Арык	425	
	9.Бабашуулу	336		59.Шералы	3880	
	10.Бёксё Джол	371		60.Шамал Терек	1591	
	11.Дён Булак	1238		61.Чалк Ой	2201	
	12.Джаны Абад	957		62.Старая Покровка	1552	
	13.Кара Дарья	377		63.Алга	1297	
	14.Мичурино	211		64.Беш Абышка	220	
	15.Озгёрюш	2377		65.Гузар	648	
	16.Тёолё	567		66.КочкорАта	631	
	17.Чымбай	2386		67.Кремль	531	
	18.Курбу Таш	1295		68.Кызыл Октябрь	2178	
	19.Ак Терек	563		69.Кызыл Сенгир	3486	
	20.им. Карла Маркса	897		70.Кызыл Тоо	2924	1
	21.им. Кирова	649		71.Ак Кия	1082	
	22.Кысык Алма	551		72.Донуз Тоо	257	
	23.Туз Бёль	1450		73.Карчабек	424	

	24.Уч Капчал	1252		74.Эркин Тоо	1855	
	25.Джыланды	2526		75.Шагым	1870	
	26.Калта	759		76.Эрдик	328	
	27.Красный Маяк	2718		77. Адыр	1591	
	28.Макаренко	451		78.Алтын Булак	791	
	29.Прогресс	393		79.Бабыр	912	
	30.Яссы	457		80.Кандава	1103	
	31.Кайрат	1251		81.Кара Баткак	173	
	32.Аюу	861		82.Сасык Булак	269	
	33.Джаны Айыл	743		83.Чечебай	355	
	34.Заргер	1057	1	84.Салам Алик	1417	1
	35.Кугурган	1615		85. 15 Жаш	558	
	36.Ничке Сай	1861		86.Ак Терек	705	
	37.Токтогул	1134		87.Ара Кель	925	
	38.Джийде	2005		88.Кош Этер	1082	
	39.Ак Терек	637		89.Кызыл Байрак	548	
	40.Джангакты	963		90.Кызыл Чарба	920	
	41.Кара Колот	638		91.Шоро Башат	4678	1
	42.Корс Этти	1248		92.Макаренко	1897	
	43.Кыргызстан	2184		93.Ана Кызыл	1709	
	44.Орказган	289		94.Бостон	1095	
	45.Остюрюу	1323		95.Кыймыл	300	
	46.Лангет	1306		100. Ильичевка		2
	47.Кара Дыйкан	5125		101. Кара-Болот		1
	48.Жазы	1160		102. Куршаб		11
	49.Жээренчи	2573		103. Мырзаки		3
	50.Кызыл Дыйкан	2699				
				94 села без АУ		23(9)
7. Чон Алайский район	1.Карамык	2262	1	9.Кашка Суу	2171	1
	2.Жекенди	1901		10.Жар Баши	1573	
	3.Кара Тейит	1016		11.Жаш Тилек	1023	
	4.Шибээ	665		12.Кулчу	176	
	5.Жайылма	630		13.Кызыл Туу	295	
	6.Ачык Суу	1625		14.Кызыл Эшме	1070	
	7.Кабык	725		15.Сары Булак	185	
	8.Кара Кабак	698		16.Чак	1479	
				17. Дараот Коргон		3
			14 сел без АУ		5(3)	