

**Прогресс в области охраны здоровья и
устойчивого развития
в Кыргызской Республике**

Содержание

Выражение благодарности

Список сокращений

1. Введение

- 1.1 Охрана здоровья в сфере устойчивого развития Кыргызской Республики
- 1.2 Основные целевые задачи по охране здоровья, решаемые в рамках национальной политики

2. Тенденции и статус по достижению целевых задач ЦУР в области здравоохранения Кыргызской Республики

- 2.1 Краткое вступление
- 2.2 Оценка ЦУР 3 и целевых задач ЦУР 2 по вопросам питания, включённых в План Правительства по охране здоровья
- 2.3 Питание и здоровье (ЦУР 2.2)
- 2.4 Снизить материнскую смертность (ЦУР 3.1)
- 2.5 Положить конец предотвратимой смертности новорождённых и детей в возрасте до 5 лет (ЦУР 3.2)
- 2.6 Положить конец эпидемии инфекционных заболеваний (ЦУР 3.3)
- 2.7 Уменьшить преждевременную смертность вследствие НИЗ (ЦУР 3.4)
- 2.8 Улучшить профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ (ЦУР 3.5)
- 2.9 Сократить число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий (ЦУР 3.6)
- 2.10 Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья (ЦУР 3.7)
- 2.11 Достичь всеобщего охвата услугами здравоохранения (ЦУР 3.8)
- 2.12 Сократить количество смертей и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ, а также загрязнения и отравления воздуха, воды и почвы (ЦУР 3.9)
- 2.13 Усилить реализацию Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (ЦУР 3.A)
- 2.14 Обеспечить доступ к основным недорогим лекарственным средствам и вакцинам (ЦУР 3.B)
- 2.15 Увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие, профессиональную подготовку и удержание медицинских кадров (ЦУР 3.C)
- 2.16 Укреплять потенциал в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья (ЦУР 3.D)

3. Ключевые приоритеты Кыргызской Республики по укреплению здоровья и благополучия всех людей в любом возрасте

- 3.1** Всеобщий охват услугами здравоохранения
- 3.2** Реформа общественного здравоохранения
- 3.3** Первичная медико-санитарная помощь
- 3.4** Психическое здоровье
- 3.5** Вопросы равенства и региональные различия

4. Ключевые препятствия и проблемы в реализации

5. Управление в целях обеспечения охраны здоровья и благополучия в Кыргызской Республике

6. Работа в области здравоохранения в различных секторах и по ЦУР

7. Мониторинг и оценка (МиО), и роль Министерства здравоохранения

8. Рекомендации по дальнейшей работе

9. Выводы

Приложение 1 Ключевые документы национальной политики, стратегические программные документы и законы, связанные с вопросами охраны здоровья и благополучия в Кыргызской Республике

Приложение 2 Сводная таблица тенденций ЦУР по вопросам здоровья в Кыргызской Республике

Выражение благодарности

Настоящий отчет был подготовлен Ариель Ахарт при существенной поддержке команды национальных экспертов: Аиды Абдраимовой, Ольги Киндяковой и Айбека Джунушалиева. Выражаем особую признательность Назире Артыковой и Айгуль Сыдыковой за общее руководство при подготовке отчета, а также техническим экспертам из странового офиса ВОЗ: Оскону Молдокулову, Нуршайым Тиленбаевой, Алине Алтымышевой, Арнолу Самиеву, Кубанычбеку Монолбаеву и Тасниму Атратаху за их экспертные знания и внесённый ценный вклад. Также выражаем особую благодарность членам страновой команды ООН: Жылдыз Куватовой, ООН-Женщины; Екатерине Перфильевой, ККР ООН; Каныкей Орозбаевой, ККР ООН; Мээрим Сарыбаевой, ЮНЭИДС; и Региональному офису ВОЗ в Европе: Беттине Менне, Эмилие Арагон ДеЛеон и Кристофу Уиппель за поддержку и руководство.

Список сокращений

ДПЛ	Дополнительный пакет лекарств
АРТ	Антиретровирусная терапия
СКМ	Страновой координационный механизм
ЦБЗ	Центры по борьбе с заболеваниями (США)
ПР	Партнёр по развитию
КСПР	Координационный совет партнёров по развитию
ММР	Министерство по вопросам международного развития (Соединённое Королевство)
ЦСМ	Центр семейной медицины
ГСВ	Группа семейных врачей
РМЦ	Региональный медицинский центр
ВВП	Внутренний валовой продукт
ГПД	Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации
ОМСУ	Органы местного самоуправления
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦРТ	Цель развития тысячелетия
МЛУ ТБ	Туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью
МЗ	Министерство здравоохранения
МТСР	Министерство труда и социального развития
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НСУР	Национальный совет по устойчивому развитию Кыргызской Республики
НПО	Неправительственная организация
НСК	Национальный статистический комитет Кыргызской Республики
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ПМСР	Первичная медико-санитарная помощь
БКО	Быстрая комплексная оценка
ЦУР	Цель устойчивого развития
ПЛГГ	Пакет льгот, гарантированных государством
ДГСЭН	Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ТБ	Туберкулёз
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ПРООН	Программа развития Организации Объединённых Наций
СРООН	Система развития Организации Объединённых Наций
СОООН	Статистический отдел Организации Объединённых Наций

**ЮНФПА
ЮНИСЕФ
ДНД
ВОЗ**

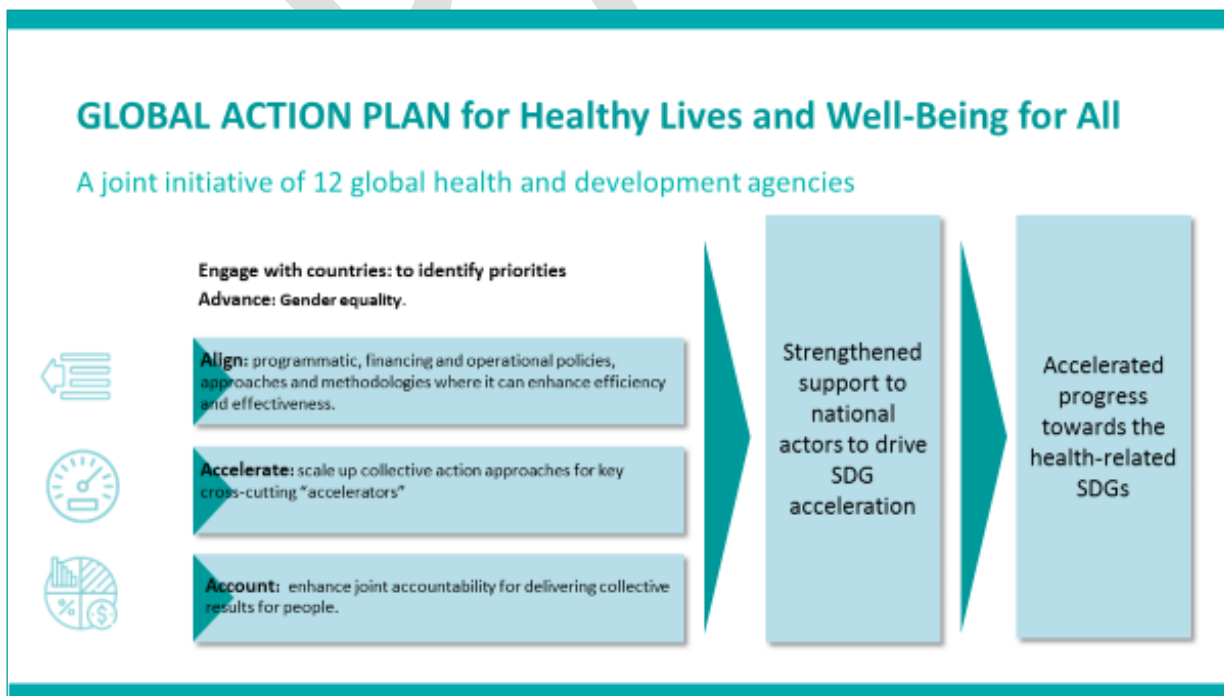
Фонд ООН в области народонаселения
Детский фонд Организации Объединённых Наций
Добровольный национальный доклад
Всемирная организация здравоохранения

DRAFT

I. Введение

Целью данного отчёта является оценка текущего положения в сфере охраны здоровья и благополучия в Кыргызской Республике в свете успешной реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Отчёт поддержит новый страновой процесс Глобального плана действий (ГПД) в Кыргызской Республике, предоставляя отправную точку для новых диалогов по вопросам политики и разработки дальнейших совместных планов Министерством здравоохранения Кыргызской Республики (МЗ), его партнёрами по развитию (ПР) и заинтересованными сторонами, продолжающими свою партнёрскую работу по достижению Целей устойчивого развития (ЦУР), связанных с охраной здоровья, в Кыргызской Республике.

Глобальный план действий: новый подход к укреплению сотрудничества и ускорению странового прогресса в достижении ЦУР по вопросам здоровья. Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех (ГПД) представляет собой новое обязательство по продвижению коллективных действий и ускорению хода достижения ЦУР по вопросам здоровья. ГПД, запущенный в 2018 году и координируемый Всемирной организацией здравоохранения, является совместной инициативой 12-ти ведущих агентств по вопросам глобального развития и здравоохранения, приверженных достижению ЦУР по вопросам здоровья. Среди подписантов: Альянс по вакцинам ГАВИ, Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, Глобальный механизм финансирования, ЮНЭЙДС, ПРООН,



ЮНФПА, ЮНИСЕФ, ЮНИТЭЙД, ООН-Женщины, Всемирный банк, ВОЗ и Всемирная продовольственная программа.

Несмотря на то, что основное внимание сосредоточено на вопросах здоровья и благополучия, подход затрагивает все сектора ЦУР и обязует глобальные учреждения разрабатывать новые способы совместной работы для максимизации ресурсов и более прозрачного измерения прогресса. В рамках Глобального плана действий глобальные агентства по здравоохранению согласуют свои подходы с целью поддержки национальных планов и стратегий путём: 1) оценки потребностей страны через вовлечение и диалог; 2) гармонизации программной, финансовой и операционной политики для усиления эффективности и результативности; 3) ускорения прогресса в отношении задач ЦУР по охране здоровья через оказание согласованной поддержки ключевым областям; 4) предоставления отчётов о своей деятельности в рамках обзора достигнутого прогресса. Рамочная основа ГПД для продвижения коллективных действий и ускорения прогресса на пути достижения ЦУР по охране здоровья была запущена в сентябре 2019 года на 74-ой сессии Генеральной ассамблеи ООН (ГАООН 74). После запуска официально начнётся глобальный процесс вовлечения стран.

Методология. Настоящий документ был подготовлен на основе обзора литературы и кабинетного анализа национальной стратегии и программных документов по вопросам охраны здоровья и благополучия в рамках Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., Европейской политики здравоохранения и благополучия «Здоровье 2020» и Европейской дорожной карты по реализации ЦУР. Национальные стратегические документы были изучены для того, чтобы оценить степень интегрированности и решения задач ЦУР по вопросам охраны здоровья и благополучия в национальной политике. Был подготовлен анализ тенденций изменения имеющихся индикаторов ЦУР по охране здоровья и проведены интервью с национальными экспертами в области здравоохранения и партнёрами ООН для определения областей прогресса и выявленных пробелов в достижении ЦУР, относящихся к вопросам здравоохранения.

В ходе интервью участников просили привести примеры того, каким образом Кыргызская Республика уже начала продвигать Повестку в области здравоохранения до 2030 года и претворять в жизнь ключевые принципы Повестки устойчивого развития 2030, а именно принципы взаимосвязанности, «не оставлять никого позади» и инклюзивности. Эти примеры отнюдь не являются исчерпывающими, но они приводятся по всему отчёту для того, чтобы наглядно продемонстрировать приверженность и степень предпринимаемых усилий для продвижения целей здравоохранения и благополучия в рамках ЦУР в Кыргызской Республике.

В завершение отчёт предоставляет ряд рекомендаций, направленных на стимулирование новых диалогов по вопросам политики среди ключевых участников, задействованных в продвижении согласованных усилий по улучшению охраны здоровья и благополучия в Кыргызской Республике и ускорению достижения повестки ЦУР по охране здоровья.

Глобальная повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. В сентябре 2015 года Кыргызская Республика, вместе с остальными 192 членами Организации Объединённых Наций, приняла историческую глобальную повестку под названием «Преобразовывая наш мир: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» (Резолюция ООН A/RES/70/1). Опираясь на успех Целей развития тысячелетия (ЦРТ), которые охватывали период с 2000 по 2015 годы, Повестка 2030 стремится пойти дальше, устраняя коренные причины бедности, признавая необходимость достижения баланса между экономическим ростом и защитой окружающей среды при обеспечении равноправия и социальной вовлеченности нынешнего и будущих поколений.

Повестка 2030 основана на трёх ключевых принципах, которые особенно актуальны для страновых стратегий и подходов по достижению здоровья и благополучия всех людей. Они включают:

- **Взаимосвязанность и неразрывность.** Повестка-2030 основана на взаимосвязанном и неделимом характере своих 17 ЦУР.
- **Не оставлять никого позади.** Повестка 2030 призвана принести пользу всем людям и обязуется не оставлять никого позади, охватывая всех нуждающихся и обездоленных, где бы они не находились, с учетом их конкретных проблем и уязвимости. Это порождает беспрецедентный спрос на местные и дезагрегированные данные для анализа результатов и отслеживания прогресса.
- **Инклюзивность.** Повестка 2030 призывает все слои населения, независимо от расовой, гендерной, этнической принадлежности и идентификации, к участию в своей реализации.

В совокупности Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, Здоровье-2020: европейская политика в области здравоохранения и благосостояния и Европейская дорожная карта по реализации ЦУР определяют роль охраны здоровья в устойчивом развитии и предоставляют лидерам стран рамочную основу для налаживания партнёрства со своими партнёрами по развитию (ПР), национальными заинтересованными сторонами и гражданским обществом по обеспечению охраны здоровья и благополучия всех людей, в то же время содействуя процветанию обществ.

Вопросы здоровья и благополучия в Глобальной повестке до 2030 г. Повестка 2030 включает 17 ЦУР со 169 целевыми задачами, имеющими широкий охват и межсекторальный характер. **ЦУР 3 – «обеспечить здоровый образ жизни и благополучие для всех людей в любом возрасте»** - закрепляет глобальное обязательство по поощрению здорового общества и защите прав каждого человека на достижение наивысшего уровня физического и психического здоровья. **13 задач**, охваченных этой целью, направлены на решение приоритетных проблем в области здравоохранения, в том числе затрагивающих репродуктивное здоровье, здоровье матери и ребёнка; инфекционные, неинфекционные заболевания и болезни, вызванные состоянием окружающей среды; всеобщий охват услугами здравоохранения; и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим лекарствам и вакцинам для всех людей. Кроме того, вопросы здравоохранения и благополучия всех людей также прямо или косвенно затрагиваются в рамках многих других отраслевых ЦУР, включённых в Повестку дня на период до 2030 года.

Обеспечение здоровья и благополучия населения является не только особой целью развития, но также и необходимой предпосылкой для достижения устойчивого развития. Улучшение здоровья и благополучия в значительной степени обусловлены экономическими, социальными и экологическими условиями. Успех в одной области ЦУР сильно влияет на успехи в других секторах и, в свою очередь, зависит от них.

Многие ЦУР, не относящиеся к сектору здравоохранения, включают задачи, которые напрямую или косвенно связаны с вопросами здоровья и благополучия. К примеру, сокращение бедности (ЦУР 1); продовольственная безопасность и питание (ЦУР 2); качественное образование (ЦУР 4); гендерное равенство (ЦУР 5); чистая вода и санитария (ЦУР 6); экономический рост (ЦУР 8); сокращение неравенства (ЦУР 10); содействие безопасным, устойчивым городам (ЦУР 11) служат примерами ЦУР, которые не относятся к сектору здравоохранения, но включают задачи, непосредственно влияющие на цель достижения здоровья и благополучия для всех. Таким образом, задачей лиц, формирующих политику, является разработка комплексного подхода к работе по обеспечению здоровья и благополучия всех людей, который охватывает как сектор здравоохранения, так и другие сектора, и признает взаимосвязи между ЦУР (Нунес и др., 2016 г.).

1.1 Охрана здоровья в сфере устойчивого развития Кыргызской Республики

Рамочная основа устойчивого развития в Кыргызской Республике. Кыргызская Республика твёрдо привержена реализации Повестки дня в области устойчивого развития до 2030 года, а сектор здравоохранения широко признан в качестве ведущего сектора в деятельности по согласованию национальных приоритетов с целями ЦУР, работе над адаптацией индикаторов ЦУР к национальным условиям, внедрению целей и индикаторов

ЦУР в план государственной отраслевой программы и применению межсекторального и общеправительственного подхода в разработке политики, а также реализации программ.

2018 год стал важным годом для Кыргызской Республики, ознаменовавшим запуск Национальной стратегии развития Кыргызской Республики на 2018-2040 годы и национального пятилетнего плана по ее реализации – Программы развития Кыргызской Республики на 2018-2022 годы *«Единство, доверие, созидание»*.

Вскоре за этим последовала новая Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы *«Здоровый человек – процветающая страна»*, в которой детально описаны приоритеты страны в области здравоохранения и обозначены стратегические направления реализации мероприятий в сфере здравоохранения государства.

Важно отметить, что эти три стратегических документа были разработаны в течение двух лет, начиная с 2016 года, параллельно с процессом национальной адаптации ЦУР. В результате этого, как подробно описывается далее в данном отчёте, глобальные задачи и индикаторы ЦУР по вопросам охраны здоровья и благополучия были адаптированы к национальному контексту, а задачи ЦУР 3 и компоненты ЦУР 2, связанные с вопросами питания, весьма успешно интегрированы в Программу Правительства по охране здоровья *«Здоровый человек – процветающая страна»* (2019-2030 гг.).

В совокупности эти три документа очерчивают политические рамки и план мероприятий по продвижению здравоохранения и благополучия в Кыргызской Республике в более широком контексте национальных рамок устойчивого развития.

Достижение ЦУР по вопросам охраны здоровья в рамках более широких национальных усилий по продвижению повестки ЦУР. Реализация Повестки ЦУР до 2030 года в Кыргызской Республике поднята на самый высокий уровень работы правительства – Национальный совет по устойчивому развитию Кыргызской Республики (НСУР), председателем которого является Президент. Координационный комитет по достижению ЦУР несёт ответственность за надзор и реализацию Повестки и включает представителей парламента, правительственных ведомств, отраслевых министерств, ПР и Национального статистического комитета Кыргызской Республики (НСК). На НСК были возложены полномочия по руководству и надзору за деятельностью по сбору данных, относящихся к ЦУР, и созданию доказательной базы.

Процесс национальной адаптации глобальных целей и индикаторов начался в 2016 году. На национальном уровне был создан Координационный комитет по адаптации, реализации и мониторингу ЦУР под непосредственным руководством премьер-министра, в который вошли представители законодательных органов, министерств,

правительственных учреждений, международных и неправительственных организаций (НПО). Отдел экономики и инвестиций Правительства КР являлся его секретариатом. При данном органе и начался процесс национальной адаптации глобальных индикаторов ЦУР.

МЗ внесло существенный вклад в процесс национальной адаптации ЦУР, учредив межведомственную техническую группу для адаптирования задач и индикаторов ЦУР по вопросам охраны здоровья к страновым условиям. Был разработан набор из 45 национальных индикаторов, относящихся к здравоохранению. Тридцать два из этих 45 индикаторов имеют непосредственное отношение к задачам, предусмотренным ЦУР 3 (здоровье и благополучие), тогда как остальные 13 индикаторов актуальны для решения проблем охраны здоровья в других отраслевых областях ЦУР. По каждому из этих индикаторов были разработаны паспорта, устанавливающие источники данных и исходные индикаторы за 2015 год вместе с предлагаемыми задачами на 2030 год.

http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/SDG-Health-Targets_KGZ_ENG.pdf

Важно отметить, что многие, хотя и не все, из этих национальных индикаторов были формально включены в Программу Правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы. Национальный набор индикаторов в области здравоохранения продолжает содействовать текущим усилиям НСК по сбору национальных данных и отчётности о ходе достижения ЦУР страной.

Поддержка реализации повестки ЦУР в Кыргызской Республике со стороны ООН. Новый процесс вовлечения страны в ГПД для продвижения повестки ЦУР по вопросам охраны здоровья будет проходить в рамках более обширных усилий ООН по поддержке Кыргызской Республики в продвижении Повестки ЦУР. Ключевая роль Системы развития ООН (СРООН) – поддерживать реализацию обязательств правительства Кыргызской Республики по достижению ЦУР.

В 2018 году СРООН провела работу по **интеграции, ускорению и поддержке политики (MAPS)** в Кыргызской Республике. MAPS представляло собой общесистемное начинание ООН, реализованное в сотрудничестве с министрами, техническими специалистами, представителями частного сектора и гражданского общества. Цель этой деятельности заключалась в получении обратной связи по вопросам согласования национальных стратегий развития с Повесткой 2030, выявления пробелов и возможностей для совместной работы по продвижению Повестки 2030. **MAPS применило** межсекторный подход и провело широкий обзор всех 17 ЦУР (включая здравоохранение), а также механизмов координации на национальном уровне для развития и укрепления сотрудничества (ООН 2018 г.).

Следом за MAPS, осенью 2019 года Кыргызская Республика проведёт **быструю комплексную оценку (БКО)** при технической поддержке ПРООН с целью выработки национальной дорожной карты по реализации ЦУР в различных секторах. Вероятно, что БКО будет включать области, связанные со здравоохранением, хотя на момент подготовки настоящего отчета секторальная направленность БКО не была окончательно определена.

Кыргызская Республика также взяла на себя обязательство подготовить **Добровольный национальный доклад (ДНД)** о ходе достижения ЦУР к началу 2020 года при технической поддержке со стороны ПРООН. При правительстве страны уже был создан Секретариат по координации ДНД вместе с техническими рабочими группами. Вероятно, что в эту работу будут включены и темы, касающиеся здравоохранения.

Межведомственная внутристрановая рабочая группа ООН по ЦУР. В рамках страновой СРООН была создана межведомственная рабочая группа для согласования усилий ООН по продвижению Повестки ЦУР 2030 и работы с правительственными министерствами, парламентом и другими ключевыми заинтересованными сторонами. Начиная с 2019 года, рабочая группа ООН по ЦУР сотрудничала с Университетом Центральной Азии в организации ряда политических форумов высокого уровня для продвижения ЦУР. Отобранные темы были особо актуальны для продвижения повестки ЦУР по вопросам охраны здоровья. В политических форумах принял участие широкий круг представителей правительства, научного сообщества, ПР и гражданского общества, которые, в частности, рассмотрели следующие темы: питание и продовольственная безопасность, укрепление готовности к чрезвычайным ситуациям в здравоохранении и разработка комплексной стратегии по миграции. По итогам каждого обсуждения публиковались аналитические записки (Организация Объединённых Наций и Университет Центральной Азии, 2019 год).

Открытая онлайн-платформа для отчётности по ЦУР. На данный момент НСК участвует в проекте СОООН-ММР по мониторингу ЦУР, направленном на обеспечение открытости и доступности данных по ЦУР для как можно более широкой аудитории. Прототип платформы открытых данных для Кыргызской Республики находится в разработке и будет включать индикаторы ЦУР по вопросам охраны здоровья <https://sustainabledevelopment-kyrgyzstan.github.io/>

Роль ВОЗ в поддержке разработки политики в области здравоохранения и продвижении повестки ЦУР по вопросам охраны здоровья в Кыргызской Республике. ВОЗ играет ведущую роль в поддержке МЗ в разработке политики здравоохранения и согласовании технической и финансовой помощи сектору здравоохранения со стороны ПР. ВОЗ оказала МЗ существенную техническую поддержку в национальной адаптации задач и индикаторов ЦУР по охране здоровья, а также разработке текущей правительственной программы по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 гг.

В 2017 году МЗ и ВОЗ сотрудничали по самому первому картированию официальной помощи в области развития (ОПР) в Кыргызской Республике, используя данные за 2015 год. Это мероприятие зарекомендовало себя незаменимым инструментом укрепления усилий МЗ и его ПР по обеспечению согласованности помощи для целей развития здравоохранения с национальными приоритетами по охране здоровья и использованию ограниченных ресурсов в качестве катализатора для обеспечения устойчивости или расширения масштабов приоритетных вмешательств. Второй раунд картирования ОПР был проведен в 2018-2019 годах на основе данных за 2017 год.

По просьбе Министерства здравоохранения ВОЗ вместе со Всемирным банком выступают со-председателями рабочей группы Координационного совета партнёров по развитию (КСПР) в секторе здравоохранения, которая служит главным национальным механизмом по согласованию работы ПР в сфере охраны здоровья.

Основа Программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья.

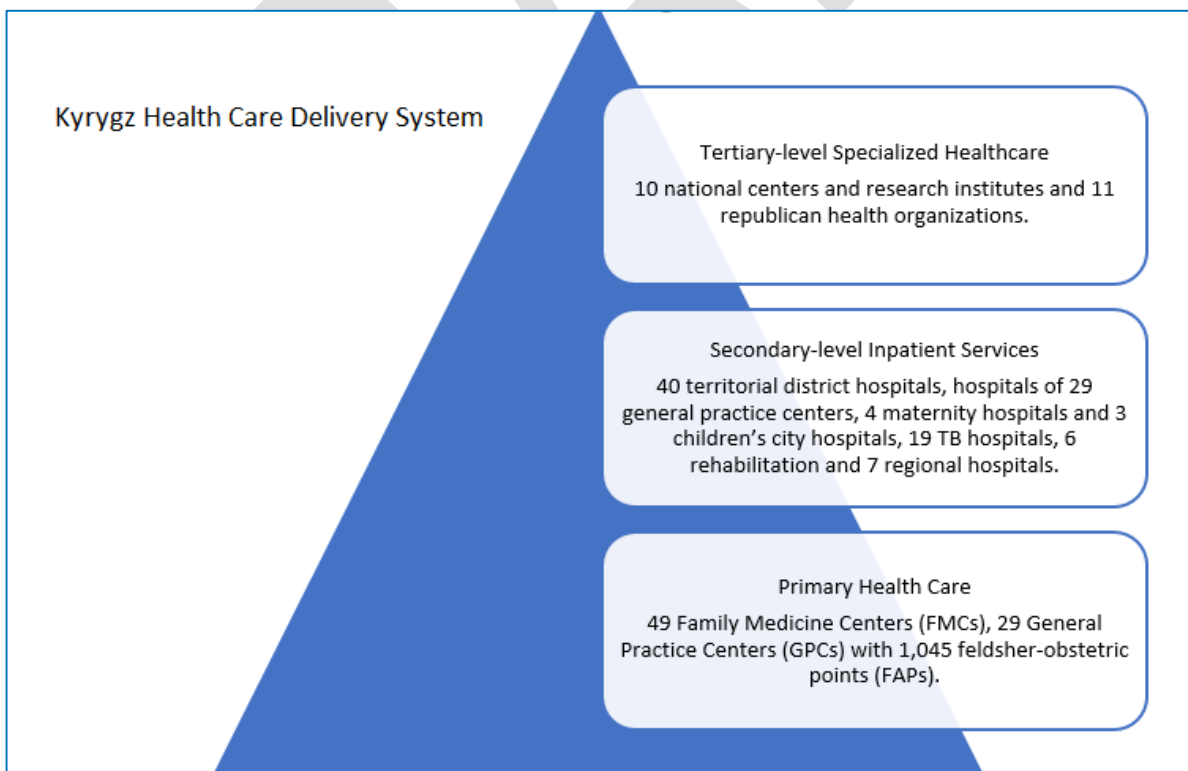
Кыргызская Республика имеет опыт использования национальных программ в качестве руководства долгосрочными реформами здравоохранения. Действующая Программа Правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.) должна рассматриваться как продолжение и ускорение реализации амбициозной повестки по реформированию здравоохранения – путь, на который Кыргызская Республика встала более 20 лет назад. Широкое признание получили усилия страны по проведению обширных реформ в системе государственного здравоохранения с такими масштабными целями, как укрепление первичной медико-санитарной помощи, реструктуризация больничного сектора, внедрение обязательной системы единого плательщика с целью защиты общественности от финансовых рисков и обеспечения гарантированного предоставления основных услуг.

Три национальные программы по реформе здравоохранения: программа «Манас» (1996-2005 гг.), «Манас Таалими» (2006 г.) и «Ден соолук» (2012-2018 гг.) отражают непрерывные усилия, охватившие более 20 лет, по переориентации системы здравоохранения на профилактику и первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), усиление равенства при распределении ресурсов и устранение финансовых ограничений в доступе к услугам здравоохранения, что заложило основу для самой последней программы по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.).

Одной из наиболее значимых ранних реформ было введение разделения между покупателем и поставщиком и **создание системы единого плательщика за услуги здравоохранения** наряду с пакетом льгот, гарантированных государством (ПЛГГ). ПЛГГ был направлен на обеспечение основных услуг первичной помощи для всех граждан и больничных услуг для определённых групп лиц, вместе с тем определяя права граждан на бесплатный медицинский уход. Ответственность за закуп услуг здравоохранения была

возложена на Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), тогда как полномочия по разработке политики в сфере здравоохранения и надзору переданы Министерству здравоохранения. Начиная с 2006 года, мобилизация средств осуществлялась на национальном уровне (вместо областного уровня), что сделало возможным более равноправное распределение ПЛГГ и дополнительного пакета лекарств. Эти механизмы продолжают формировать основу системы финансирования здравоохранения и обеспечивать права граждан на гарантированный пакет основных услуг и сегодня.

Аналогичным образом, ранние попытки переориентировать систему здравоохранения с дорогостоящих услуг здравоохранения, направленных на лечение заболеваний, на оказание менее дорогой помощи, сосредоточенной на профилактике на уровне ПМСП, привели к созданию структур и механизмов, которые сегодня служат основой для оказания услуг ПМСП и усилий по продвижению здравоохранения среди сообществ. В рамках программы «Манас» была внедрена модель семейной медицины и создана общенациональная сеть семейных врачей/групп семейных врачей (ГСВ) путём учреждения Института семейной медицины. Сегодня эти пункты обслуживания и структуры служат хребтом системы ПМСП.



С 2001 года Кыргызская Республика и ее ПР вложили значительные средства в создание уникальной сети сельских комитетов здоровья (СКЗ) для того, чтобы увязать укрепление здоровья населения с оказанием индивидуальных услуг здравоохранения. СКЗ – это независимые общинные организации, чьи члены служат волонтерами. Они обучены персоналом ПМСП проводить работу по укреплению здоровья и профилактике в своих сёлах. К 2009 году в стране активно работали свыше 1400 СКЗ (Ибраимова и др. 2011). Сегодня ими охвачены почти 90% всех сел, а также многие городские районы.

С течением времени роль СКЗ изменилась и служит отличительной чертой усилий сектора здравоохранения по вовлечению гражданского общества в деятельность по охране общественного здоровья. В то время как СКЗ вместе с пунктами ПМСП продолжают играть важную роль в работе по профилактике и укреплению здоровья в сообществах, сегодня благодаря ассоциации СКЗ они также выступают в качестве стратегического партнёра на национальном уровне, внося вклад в обсуждение вопросов политики и сотрудничая с Республиканским центром укрепления здоровья (РЦУЗ) в планировании, разработке и реализации национальных мероприятий для профилактики гипертензии, анемии, зоба, брукцеллёза, злоупотребления алкоголем и борьбе с табаком, помимо прочего (ВОЗ, Действия сообществ по вопросам укрепления здоровья в Кыргызстане, 2015 г.).

Программа здравоохранения «Манас Таалими» (2006-2010 гг.) стала первой отраслевой программой в Кыргызской Республике, которая включила задачи достижения глобальных обязательств в области развития в рамках Целей развития тысячелетия (ЦРТ) в государственную политику и национальные программы. В программу «Манас Таалими» были включены системы по отслеживанию, измерению и отчётности ЦРТ 4 «Сокращение детской смертности», ЦРТ 5 «Улучшение охраны материнства» и ЦРТ 6 «Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями». Эта практика была продолжена и расширялась с каждой последующей национальной программой по охране здоровья, в том числе программой «Ден Соолук» и сегодняшней Программой правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 гг.

Текущая программа по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.) была задумана как более масштабная общеправительственная деятельность по разработке 20-летней стратегии страны, которая была бы гармонизирована с повесткой ЦУР (Эдвардс и др. 2017 г.) С самого начала для разработки этого стратегического документа применялся новый подход. Планировалось достичь консенсус и получить информацию от как можно большего числа межотраслевых заинтересованных сторон на национальном, региональном и местном уровнях. МЗ создало межотраслевые и инклюзивные рабочие группы, которые действовали на национальном консультативном и техническом уровне при участии депутатов, представителей муниципальных и областных органов власти, гражданского общества, научных кругов, профессиональных медицинских

объединений и ключевых министерств (например, финансов, экономики, образования, труда и социального развития), экспертов по вопросам государственного здравоохранения, ПР и Фонда обязательного медицинского страхования. Двухлетний процесс включал в себя проведение форумов для политического диалога, региональных консультаций и консультаций на местах в качестве способа для сбора информации и получения поддержки.

Межсекторный консультативный процесс, применённый для разработки правительственной программы по охране здоровья, имеет важные последствия для дальнейшей работы по продвижению Повестки ЦУР в области здравоохранения. Во-первых, одной из целей разработки правительственной программы являлось приведение национальных политических и программных приоритетов в соответствие с Повесткой ЦУР по вопросам здравоохранения настолько, насколько это возможно. В результате основные приоритеты страны и индикаторы в сфере здравоохранения, которые были отобраны для отслеживания хода выполнения правительственной программы по охране здоровья тесно увязаны с Повесткой ЦУР в области здравоохранения.

Во-вторых, подход продемонстрировал приверженность и признание со стороны МЗ того факта, что удовлетворение потребностей населения в области здравоохранения требует межотраслевого подхода, а также вовлечения гражданского общества. У МЗ есть опыт и институциональная традиция работы на межотраслевой основе для разработки и реализации политики в сфере здравоохранения.

Наконец, включение ПР в ходе процесса в качестве ключевых заинтересованных сторон сформировало общее видение повестки страны в области здравоохранения и твёрдую приверженность ПР поддерживать цели программы. Эта приверженность подтверждается **Совместным заявлением**, подписанным 25-ю ПР в августе 2019 года, в котором выражается готовность поддерживать и сотрудничать с МЗ в реализации правительственной программы в области здравоохранения «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.).

Приоритеты Программы Правительства по охране здоровья. Программа «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы сосредоточена на работе по достижению всеобщего охвата всех людей услугами здравоохранения, сокращении неравенства в здравоохранении, обеспечении доступа к качественным медицинским услугам без финансовых затруднений, усилении внимания на профилактике заболеваний и содействии здоровью на индивидуальном, общинном уровне и уровне системы здравоохранения.

1.2 Основные целевые задачи по охране здоровья, решаемые в рамках национальной политики.

Подготовка Программы Правительства КР по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы проводилась параллельно с более масштабной работой на национальном уровне по адаптации глобальных ЦУР. В результате, национальная версия задач и индикаторов ЦУР, относящихся к ЦУР 3 (здоровье и благополучие для всех) и задач ЦУР 2, связанных с вопросами питания (положить конец голоду), успешно интегрированы в документ правительственной программы по охране здоровья.

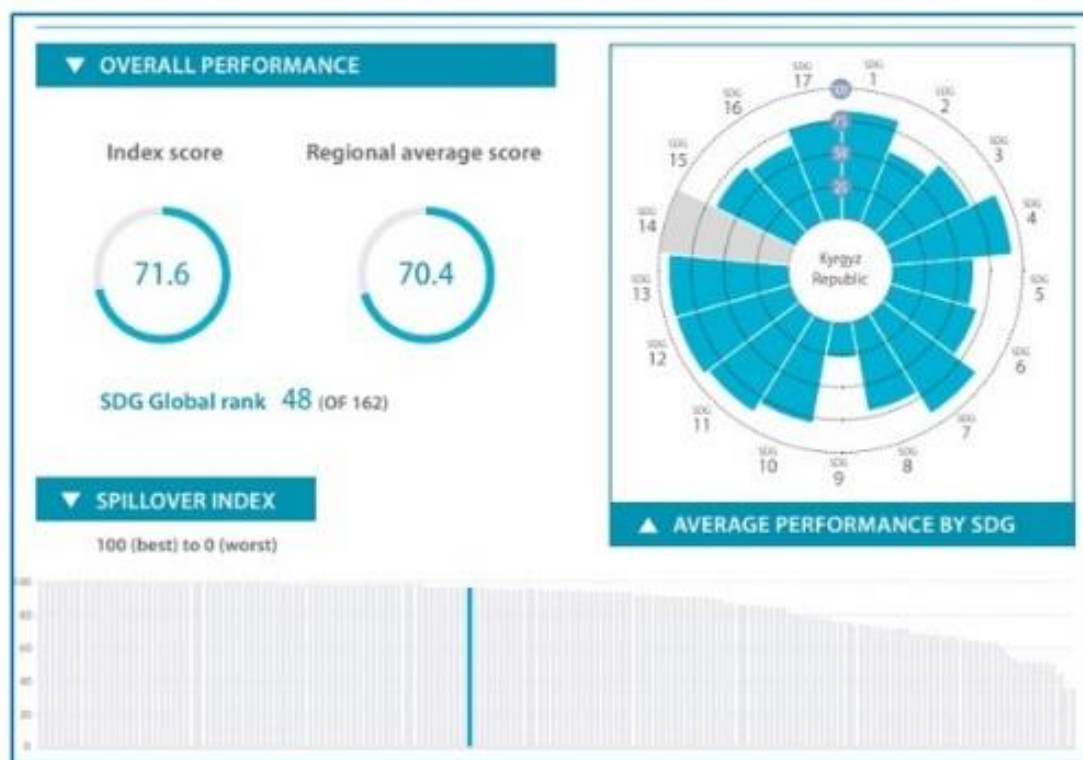
В приложении 1 приводится таблица с ключевыми законами, положениями, и национальными программными планами, устанавливающими нормативно-законодательные и операционные рамки реализации Программы правительства по охране здоровья и некоторых ЦУР, связанных с вопросами здоровья, которые выходят за рамки основной деятельности МЗ. Таблица не задумана как исчерпывающая, но она включает основные законы, положения и национальные программы, относящиеся к контролю и профилактике конкретных заболеваний, содействию и охране здоровья, улучшениям в системе здравоохранения, а также национальные программы из других отраслей (не здравоохранения), которые тесно связаны с достижением целевых задач ЦУР по охране здоровья.

2. Тенденции и статус достижения повестки ЦУР в области охраны здоровья в Кыргызской Республике

2.1 Краткое вступление

В Глобальном докладе об индексе и информационных панелях ЦУР 2019 года (англ. «*Global SDG Index and Dashboards report*») приводятся пересмотренные и обновлённые оценки того, на каком расстоянии от достижения ЦУР находятся страны, а также их ранжирование по общему индексу эффективности в плане ЦУР. Согласно последнему докладу по устойчивому развитию Кыргызская Республика занимает 48-ое место среди 162 стран. Если говорить конкретно о ЦУР 3 (здоровье и благополучие), то, по оценкам, страна достигла примерно 75% своих целевых задач – это расценивается как «умеренно хороший прогресс» на пути к достижению ЦУР по охране здоровья (Сакс, 2019 г.).

SDG Progress: Kyrgyz Republic



Source: Sustainable Development Report 2019.

2.2 Оценка задач ЦУР в области охраны здоровья

Был проведён обзор имеющихся национальных данных, относящихся к индикаторам ЦУР 3 и 67-и индикаторам из 11 областей ЦУР (ЦУР 1, ЦУР 2, ЦУР 4, ЦУР 5, ЦУР 6, ЦУР 8, ЦУР 10, ЦУР 11, ЦУР 12, ЦУР 13, ЦУР 16). По каждому индикатору был установлен основной источник данных и там, где имелись данные, был проведён анализ тенденций изменений для оценки хода прогресса. В приложении 2 приводится сводная таблица статуса индикаторов ЦУР по охране здоровья на основе доступных данных.

В следующем разделе, на основе анализа индикаторов и обзора национальных политических и программных документов, представлено обсуждение состояния дел и тенденций в сфере здравоохранения с особым вниманием на ход прогресса касательно ЦУР 3 (здоровье и благополучие) и ЦУР 2 (компоненты питания), которые непосредственно решаются в рамках Программы Правительства по охране здоровья.

Обзор состояния здоровья населения. С населением, составлявшим приблизительно 6.3 миллиона в 2018 году, Кыргызская Республика является одной из наиболее бедных стран в Европейском и Центрально-азиатском регионе с ВВП на душу населения 1227 долларов США (Показатели мирового развития Всемирного банка, 2018 г.). Прирост населения в 2018 году составил 1.9% (ПМР, 2018 г.) и, хотя нынешнее население относительно молодое, 36% из них – это дети и подростки в возрасте от 0 до 17 лет, а 60% – взрослые работоспособного возраста, демографические прогнозы указывают на старение населения к 2050 году, что поставит новые вызовы перед системой здравоохранения.

Здравоохранение в Кыргызской Республике традиционно является приоритетом, и страна достигла лучших результатов в этой сфере по сравнению с другими странами со схожим уровнем доходов. Продолжительность жизни кыргызского населения повысилась с 66.5 лет в 1996 году до 71 года в 2017 году (ПМР, 2018 г.), что частично обусловлено существенным прогрессом в снижении коэффициента детской смертности.

Общий показатель смертности в стране в 2017 году составил 5.4 на 1000 населения (МЗ, Программа по охране здоровья на 2019-2030 гг.). Тогда как были достигнуты успехи в существенном снижении детской и материнской смертности, уровни младенческой и материнской смертности по-прежнему неприемлемо высоки. Кроме того, необходимо устранить различия в последствиях здоровья между женщинами и детьми в сельской и городской местности.

На стране лежит бремя высокого уровня НИЗ, которые отвечают за 80% смертей в Кыргызстане (ВОЗ 2018 г.) Высокие степени курения, особенно среди мужчин, наряду с низким уровнем общественной осведомленности о связях между рационом, образом жизни и состоянием здоровья способствуют этой проблеме.

В то время как страна добилась прогресса в профилактике и контроле ВИЧ и ТБ, последние тенденции требуют незамедлительного реагирования. ВИЧ-инфекция стремительно распространяется среди людей в группах высокого риска. Стигматизация со стороны общества и медицинских работников продолжает создавать серьёзные препятствия усилиям по профилактике и борьбе с ВИЧ. Кыргызская Республика – одна из 30 стран мира с высоким бременем МЛУ ТБ (ВОЗ, 2018 г.).

ЦУР 2.2 Достижение продовольственной безопасности и улучшение питания

Достаточное питание – неотъемлемый элемент здоровья населения, который напрямую воздействует на уровни детской и материнской смертности. В отношении состояния питания населения наблюдаются противоречивые тенденции. В целом, внутренняя

продовольственная безопасность и питание населения улучшились. Однако **недоедание среди детей** все ещё остаётся проблемой, в особенности среди детей, проживающих в сельской местности или из бедных семей. К тому же, работники здравоохранения обеспокоены новой зарождающейся тенденцией избыточного веса и ожирения как среди детей, так и взрослых. Избыточный вес и ожирение – известные факторы риска заболеваемости и смертности вследствие НИЗ. Учитывая высокое бремя страны в плане заболеваемости и смертности по причине НИЗ, эта тенденция вызывает обеспокоенность здоровьем взрослых и будущих поколений.

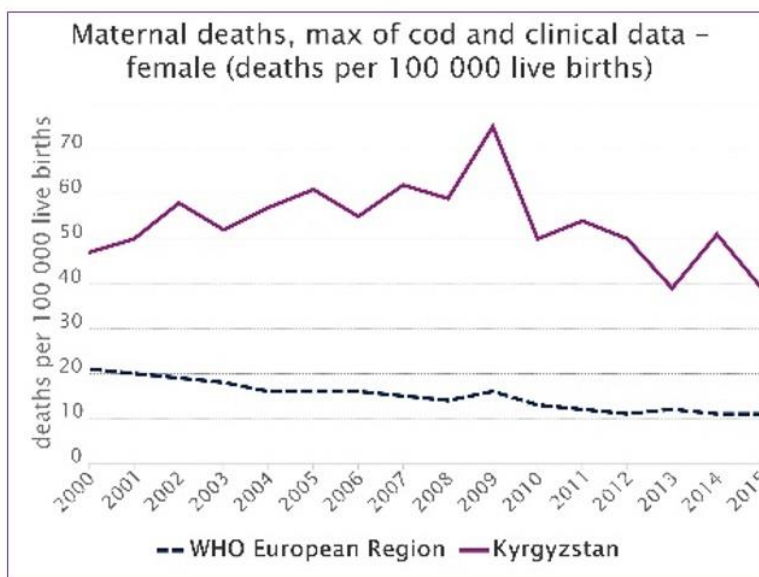
Задержка роста (слишком низкий рост для своего возраста) (**индикатор ЦУР 2.2.1**) средне высока при показателе **12% среди детей в возрасте до 5 лет**, с наиболее высоким показателями среди сельских детей – 13.2% и среди детей из беднейших домохозяйств – 14%. Примечательно, что последние имеющиеся данные находятся в пределах биологических норм: менее 5% детей в возрасте до 5 лет (НСК МИКО, 2019 г.). Эти данные предполагают, что усилия по улучшению питания детей должны быть направлены на детей в сельской местности и из бедных семей.

Хотя она и не входит в отчётные индикаторы ЦУР, **высокие уровни железодефицитной анемии среди женщин** репродуктивного возраста, беременных и рожениц вызывают озабоченность и являются фактором риска плохих гинекологических исходов и здоровья новорождённых. Данные по анемии собираются через специальные исследования и рутинные системы отчётности. Согласно национальной статистике в 2018 году 37% беременных женщин и 51.7% рожениц страдали анемией (медицинские данные МЗ). Снижение высоких уровней анемии среди беременных и рожениц – заявленная задача программы правительства по охране здоровья.

Тенденция избыточного веса и ожирения среди взрослых и детей – повод для тревоги сотрудников здравоохранения и вопрос, который необходимо решить в рамках программы и плана действий страны по НИЗ. Данная тенденция связана с увеличенным потреблением крайне переработанных, калорийных, дешёвых и доступных продуктов с высоким содержанием жиров, соли и сахара и относительно низкими уровнями регулярных физических упражнений (аналитическая записка ООН-УЦА, 2019 г.) Данные по избыточному весу и ожирению скудны и в основном получены из специализированных исследований (НСК МИКО, 2019 г.). В 2018 году 7% детей в возрасте до 5 лет были отнесены к категории с избыточным весом. Для оценки избыточного веса и ожирения среди взрослых используются данные, относящиеся к индексу массы тела (ИМТ) выше 25. Согласно опросу STEPS 2013 года у 56% взрослого населения ИМТ был выше > 25 (избыточный вес), а у 23% ИМТ составил >30 (ожирение) (STEPS, 2013 г.).

ЦУР 3.1 Снизить материнскую смертность.

Тогда как были достигнуты значительные успехи в снижении материнской смертности, коэффициент материнской смертности по-прежнему высок в сравнении с уровнями в Европейском регионе. В 2018 году, согласно **официальной статистике страны**, этот коэффициент составил **24.5 - 28.6 смертей на 100,000 живорождений (индикатор ЦУР 3.1.1)** (НСК 2018 г.). Глобальные оценки предполагают, что он может быть гораздо выше. Оценка ВОЗ/ЮНИСЕФ 2015 года составила 76 смертей на 100 000 живорождений <http://apps.who.int/gho/data/node.main.15>, тогда как приблизительная оценка 2017 года Института измерения показателей и оценки здоровья была равна 39.4 смертям на 100,000 <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.



Source: World Health Organization European Health Information Gateway

Послеродовое кровотечение было ведущей причиной материнских смертей за последние 10 лет. Другие основные причины включают экстрагенитальные патологии, пре-эклампсию и сепсис. Ещё в 2006 году страна начала реализовывать инструмент клинического аудита ВОЗ в рамках подхода к предупреждению материнской смертности «Что кроется за цифрами (англ. «*Beyond the Numbers*»)). Конфиденциальные расследования случаев материнской смертности (KPMC) проводится на национальном уровне, а анализ критических случаев (англ. «*Near-Miss Case Reviews*») на уровне больниц. В 2018 году аудит перинатальной помощи (аудит смертности вследствие мертворождений и смертей новорождённых) был внедрён в 6 пилотных родильных отделениях по всей стране. Эта пилотная инициатива была хорошо принята, и МЗ на данный момент рассматривает

возможность расширить этот инструмент в качестве стратегии для сокращения неонатальной смертности.

При предыдущей государственной программе в сфере здравоохранения «Ден соолук» (2012-2018 гг.) улучшение материнского и детского здоровья (в том числе снижение материнской смертности) было одним из четырёх главных приоритетов. В период 2000-2018 годов страна успешно снизила показатель материнской смертности на 37%, с 45,5 смертей на 100,000 в 2000 году до 24.5-28.6 смертей на 100,000 в 2018 году (НСК, 2018 г.).

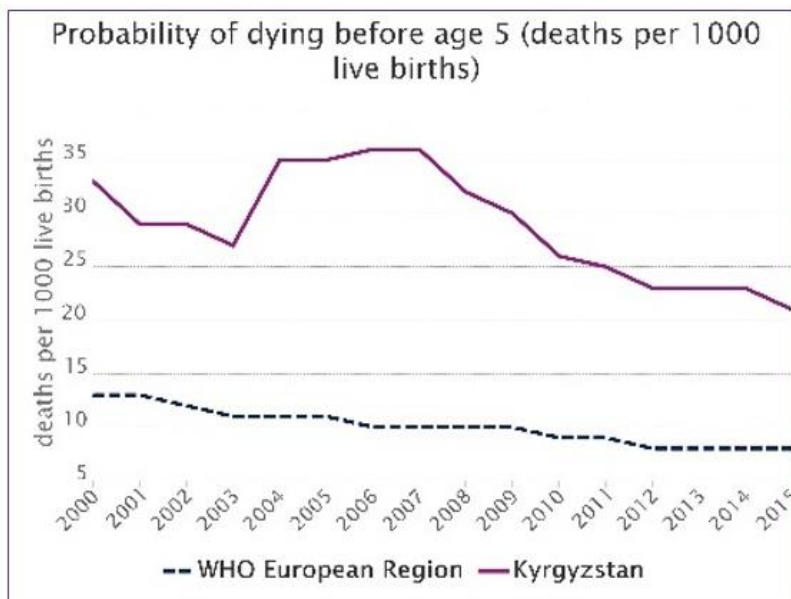
Улучшение охраны здоровья матери и ребёнка остаётся национальным приоритетом в рамках действующей Программы Правительства «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.). Охват услугами антенатального ухода, квалифицированного родовспоможения и послеродового ухода для беременных женщин и родильниц крайне высок. В 2018 году 99% беременных женщин получили как минимум один антенатальный визит, у 100% во время родов присутствовал квалифицированный медицинский работник (**индикатор ЦУР 3.1.2**), а 96% родильниц были охвачены послеродовыми посещениями в течение 2 дней после родов. В охвате услугами не наблюдалось значительных различий по регионам (МИКО, 2019 г.).

Неопубликованный мониторинг МЗ указывает на возможность того, что материнские смерти происходят чаще среди женщин-мигранток (как внешних, так и внутренних). Эти данные требуют дальнейшего изучения, чтобы понять, находятся ли мигрантки под более высокой угрозой и могут ли способствовать материнской смертности барьеры к получению услуг, неспособность женщин и их семей своевременно распознать неотложные акушерские состояния или отсутствие транспорта скорой помощи.

Сохраняющийся высокий показатель материнской смертности в условиях высокого охвата услугами антенатального ухода, родовспоможения и послеродового ухода указывает на возможные глубинные проблемы с качеством медицинской помощи. Чтобы получить чёткое понимание динамики, способствующей материнской смертности, МЗ сотрудничает с ВОЗ по проведению клинических аудитов в соответствии с глобальным подходом «Что кроется за цифрами». Информация из этих аудитов поможет разработать меры для дальнейшего снижения количества материнских смертей.

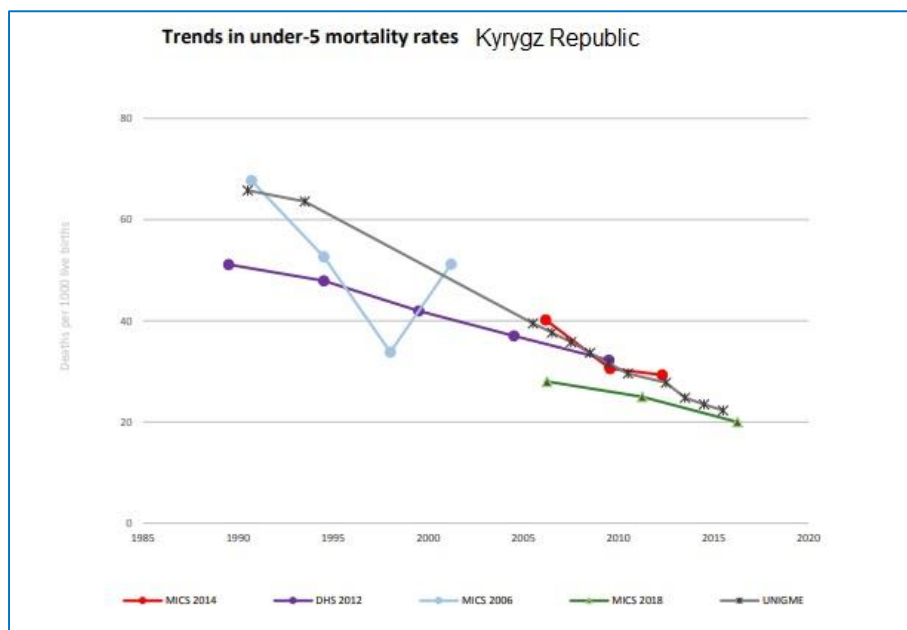
ЦУР 3.2 Положить конец предотвратимой смертности новорождённых и детей в возрасте до 5 лет.

Кыргызская Республика достигла ЦРТ 4 по сокращению детской смертности в возрасте до 5 лет, сократив показатель 65 случаев на 1000 живорождений в 1990 году до 21 на 1000 живорождений в 2015 году (ЮНИСЕФ 2016 г.). Тем не менее, детская и неонатальная смертность по-прежнему остаются наиболее высокими в Европейском регионе ВОЗ. В 2018



Source: World Health Organization European Health Information Gateway

году показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет составил **20 смертей на 1000 живорождений (индикатор ЦУР 3.2.1)**, а смертность новорождённых была равна **13 смертям на 1000 живорождений (индикатор ЦУР 3.2.2)**. Младенческая смертность составила 17 смертей на 1000 живорождений за этот же период (НСК МИКО, 2019 г.).



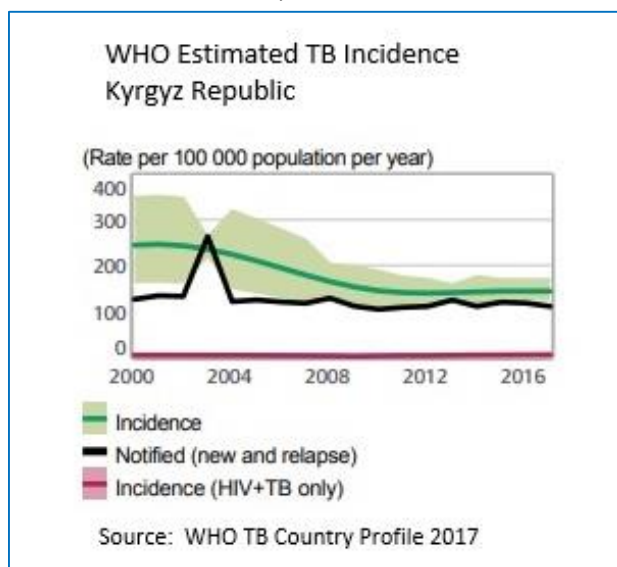
За последние 15 лет наблюдается неуклонный спад младенческой и детской смертности в возрасте до 5 лет. Несмотря на эти успехи, заметны различия в здоровье детей. Показатель смертности детей в возрасте до 5 лет выше в сельских районах, в бедных семьях в самом нижнем квинтиле благосостояния и у матерей с низким уровнем образования (МИКО, 2019 г.). Это означает, что необходимы целенаправленные усилия по улучшению доступа к качественным услугам и устранению других факторов, влияющих на детей, входящих в группу риска, как в сельской местности, так и уязвимых семьях в городских сообществах.

ЦУР 3.3 Положить конец эпидемии ВИЧ/СПИДа, туберкулёза и других инфекционных заболеваний. Профилактика и контроль инфекционных заболеваний, а именно туберкулёза, ВИЧ/СПИДа и вирусного гепатита по-прежнему представляет собой проблему. МЗ собирает данные через свою систему рутинной отчётности по диагностике новых случаев (прокси распространённости) ТБ, ВИЧ, малярии и гепатита В. Эти данные будут использоваться в качестве основы для национальной отчётности в рамках индикатора ЦУР 3.3 по усилиям по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями (Приложение 2).

Туберкулёз. В результате твёрдой приверженности правительства бороться с туберкулёзом (ТБ) страна улучшила свои современные диагностические возможности и качество ухода, что способствовало снижению заболеваемости и смертности по причине ТБ. Несмотря на эти усилия, Кыргызская Республика по-прежнему сталкивается с высокими уровнями заболеваемости ТБ по сравнению с европейскими странами и является одной из 30 стран с

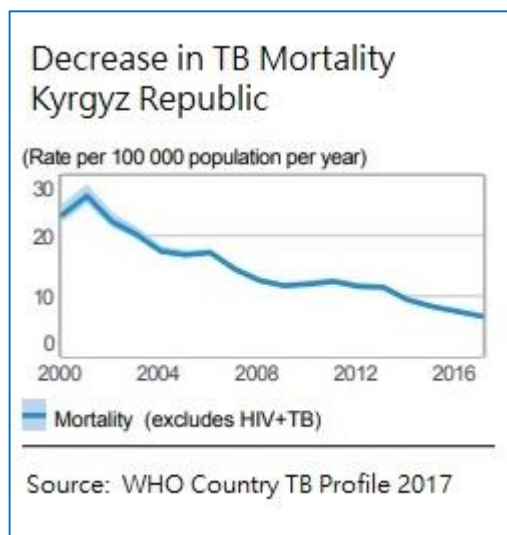
высоким бременем ТБ со множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) в мире (ВОЗ 2018 г.).

В 2017 году в Кыргызской Республике был отмечен самый высокий уровень заболеваемости ТБ по всему Европейскому региону ВОЗ: **144 случая на 100,000 населения (индикатор ЦУР 3.3.2)**. Хотя за последние 10 лет наблюдалось небольшое снижение оценочного показателя заболеваемости, темп снижения был относительно медленным.



Вызывает обеспокоенность растущая доля **МЛУ ТБ среди новых случаев**. Оценивается, что 26% всех новых случаев ТБ – это либо ТБ со множественной лекарственной устойчивостью, либо рифампицин-резистентные штаммы (RR), в то время как 61% случаев повторного лечения приходилось на случаи МЛУ/RR (ВОЗ, 2017 г.).

Смертность вследствие ТБ неуклонно снижалась с 2001 года, и нынешний показатель смертности от ТБ на 2016 год оценивается в 6.7 на 100 000 (ВОЗ, 2017 г.) В противовес смертности вследствие ТБ, смертность от ТБ\ВИЧ растёт. В период с 2001 по 2017 годы



смертность от ТБ/ВИЧ увеличилась десятикратно: с 0.12 до 1.1 на 100 000 (ВОЗ, 2019 г.).

С 2013 года страна ведёт последовательную работу по внедрению системы современных молекулярных методов диагностики и обновлению подходов к лечению больных ТБ, МЛУ ТБ и со-инфекцией ТБ/ВИЧ. Эти усилия позволили стране улучшить диагностические услуги и добиться показателя успешного лечения новых и повторных случаев в 82% и показателя лечения для случаев МЛУ/РР ТБ в 54% (ВОЗ 2017 г.).

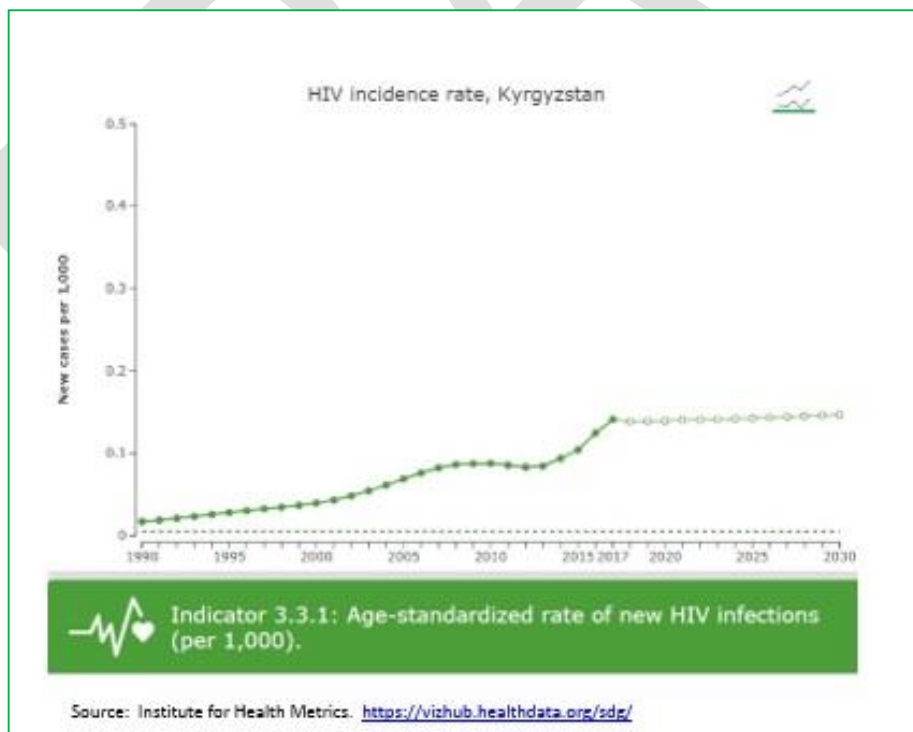
В 2019 году ВОЗ поддержал проведение эпидемиологической оценки наблюдения за ТБ. Ожидается, что доклад будет опубликован осенью 2019 года и даст подробную картину бремени ТБ в стране.

Действующая национальная программа по профилактике и контролю ТБ охватывает период с 2017 по 2021 годы. Цель программы заключается в дальнейшем снижении заболеваемости туберкулёзом и смертности от него, а также предотвращении роста случаев туберкулёза с лекарственной устойчивостью.

Программа придаёт первостепенное значение расширению услуг для охвата групп с повышенным риском заражения ТБ, в том числе контактных детей младше 5 лет, лиц с ВИЧ-инфекцией, лиц с наркотической или алкогольной зависимостью, мигрантов, бывших заключённых, медицинского персонала и лиц с хроническими заболеваниями, связанными со сниженным иммунитетом. Предпринимаются усилия по укреплению государственного партнёрства с гражданским обществом с целью улучшения профилактики и контролю ТБ.

Лечение ТБ покрывается за счёт ПЛГГ. В свете сокращения внешнего финансирования программы была поставлена задача покрыть 44% программных затрат из государственного бюджета.

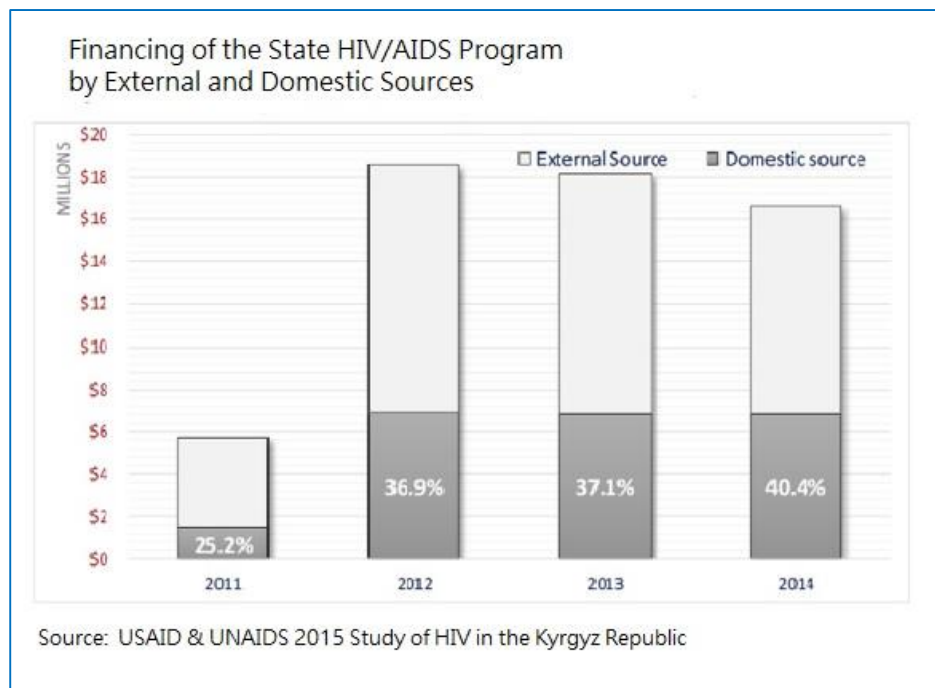
ВИЧ/СПИД. Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике характеризуется как эпидемия с низкой нагрузкой и концентрацией, которая затрагивает ключевые группы населения, включая потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работников и мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ). По оценкам, распространённость ВИЧ среди общего взрослого населения (в возрасте от 15 до 49 лет) составляет 0.2% (ЦКЗ, 2018 г). Для сравнения, распространённость среди групп риска оценивается примерно в 12.4% для ПИН, 11.3% для заключённых, 6.3% для МСМ и 2% для секс-работников. Число детей, недавно инфицированных ВИЧ в результате передачи вируса от матери ребёнку, оценивается в < 100 в год и неуклонно снижается – с 6% в 2012 году до 2.3% в 2019 году. Согласно последним имеющимся данным за 2019 год число людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), составило 9 288 человек. Из них 3804, или около 40%, в настоящее время проходят курс антиретровирусной терапии (ЮНЭЙДС и Республиканский центр «СПИД»). Особую обеспокоенность вызывает **растущее число новых случаев ВИЧ и относительно низкие уровни непрерывного получения антиретровирусной терапии**, несмотря на недавние успехи в улучшении доступа к антиретровирусной терапии и ее прохождении.



Инъекционное потребление наркотиков является основным фактором, способствующим передаче ВИЧ-инфекции в концентрированной эпидемии в Кыргызской Республике, где не менее 50% случаев ВИЧ-инфекции приходится на лиц-потребителей инъекционных наркотиков. Последние данные из национального наблюдения за ВИЧ предполагают возможность растущей роли гетеросексуального секса в передаче ВИЧ. Данные из пунктов тестирования на ВИЧ указывают на то, что половые партнёры людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), теперь составляют значительную долю новых выявленных случаев (Республиканский центр «СПИД»). Растёт распространённость ВИЧ среди женщин. Результаты перекрёстного обследования среди половых партнёров ЛЖВ показывают, что передача ВИЧ половым путём в Кыргызской Республике тесно связана с инъекционным потреблением наркотиков и передачей от ЛЖВ (Дерябина и др., 2015 г.).

Мероприятия по профилактике и контролю ВИЧ осуществляются в рамках **Программы Правительства по противодействию ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2017-2021 годы**. Общая цель Государственной программы – сократить к 2021 году число новых случаев ВИЧ-инфекций и смертности от СПИДа на 50% по сравнению с уровнем 2015 года. Это – шаг на пути к ликвидации эпидемии ВИЧ в Кыргызской Республике к 2030 году, соответствующий целям ЦУР. Текущий грант Глобального фонда на деятельность по борьбе с ВИЧ охватывает период с 2019 по 2021 годы. В следующем году страна приступит к одновременной разработке нового национального пятилетнего плана по ВИЧ и национальной заявки на новый раунд финансирования со стороны Глобального фонда.

Доля государственного финансирования в общем национальном реагировании на эпидемию постепенно повышалась. Стоимость предоставления антиретровирусных (АРТ) лекарств представляет собой большую долю общих программных затрат. Согласно условиям гранта Глобального фонда, страна обязалась увеличить долю затрат, связанных с закупкой АРТ лекарств, на 30% к 2021 году. Как видится, страна идёт по плану достижения этой бюджетной цели



Подход страны к решению проблемы ВИЧ/СПИДа служит важным примером того, как государственное партнёрство с гражданским обществом может продвигать задачи по профилактике и борьбе с заболеваниями.

Через страновой координационный механизм (СКМ) МЗ создало сильные партнёрства с гражданским обществом. Группы, представляющие ключевые затронутые категории населения, куда входят ПИНЫ, секс-работники и МСМ активно вовлекаются в разработку национальных планов и составление и мониторинг программ. Должность со-председателя в СКМ отведена представителю ключевых затронутых групп населения. Такой подход, в сочетании с фактологическими процессами принятия решений позволил стране постоянно корректировать программные стратегии в целях более эффективного охвата групп повышенного риска и достижения целей профилактики и контроля заболеваний. К примеру, недавно правительство инициировало программу по экспресс-тестированию на ВИЧ для людей с повышенным риском заражения и запустило программу соблюдения для людей, живущих с ВИЧ, на основе мобильных технологий. Самостоятельное тестирование будет пропилотировано в группах МСМ, а затем расширено по всей стране. Страна также планирует расширить охват опиоидной заместительной терапией путём повышения

доступности и дружелюбности этих услуг для постоянных и прилежных пользователей (5-дневная доза на дом).

Несмотря на прогресс, стигматизация и дискриминация в отношении ВИЧ со стороны широкого населения и среди медицинских работников по-прежнему остаётся существенной преградой для усилий по профилактике и борьбе с ВИЧ. В недавнем исследовании 67% женщин заявили, что откажутся покупать овощи у ВИЧ-положительного продавца, и считают, что детям с ВИЧ нужно запретить посещать школу вместе с другими детьми (МИКО, 2019 г.). Пренебрежительное отношение, раскрытие статуса ВИЧ, отказ оказывать медицинские услуги и применение насилия были обозначены как основные препятствия для профилактики и борьбы с эпидемией.

Малярия. В 2016 году Кыргызская Республика получила сертификат ВОЗ, подтверждающий искоренение малярии. Страна столкнулась с эпидемией малярии в 2002 году в результате массового притока кыргызских рабочих, возвращающихся из соседних, эндемичных по малярии стран. Правительство создало всесторонний план действий по защите от повторных вспышек малярии и продолжает собирать данные о случаях малярии через свои системы рутинной отчётности.

Гепатит. Кыргызская Республика считается страной с относительно высоким бременем вирусного гепатита. В 2016 году, по просьбе МЗ, ВОЗ оказала поддержку технической миссии по оценке наблюдения за гепатитом, а также национальной политики и услуг, связанных с профилактикой и борьбой с гепатитом.

Приблизительно оценивается, что полмиллиона человек, живущих в стране, заражены хроническим гепатитом В (ВГВ) и почти 100 000 хроническим гепатитом С (ВГС) (Мозалевских и др. 2016 г.). В стране не проводились демографические исследования для измерения распространённости хронического гепатита В или С. Наиболее надёжные из доступных данных исходят из базы данных по тестированию Республиканского центра «СПИД», но они не репрезентативны в отношении населения. МЗ собирает данные о новых случаях выявления ВГВ через систему рутинного сбора данных (Приложение 2).

С 2000 года вакцина для гепатита В включена в Национальную программу детской иммунизации. Сообщаемые показатели охвата дозами вакцины при рождении и третьей дозой высоки – 97% в 2015 году.

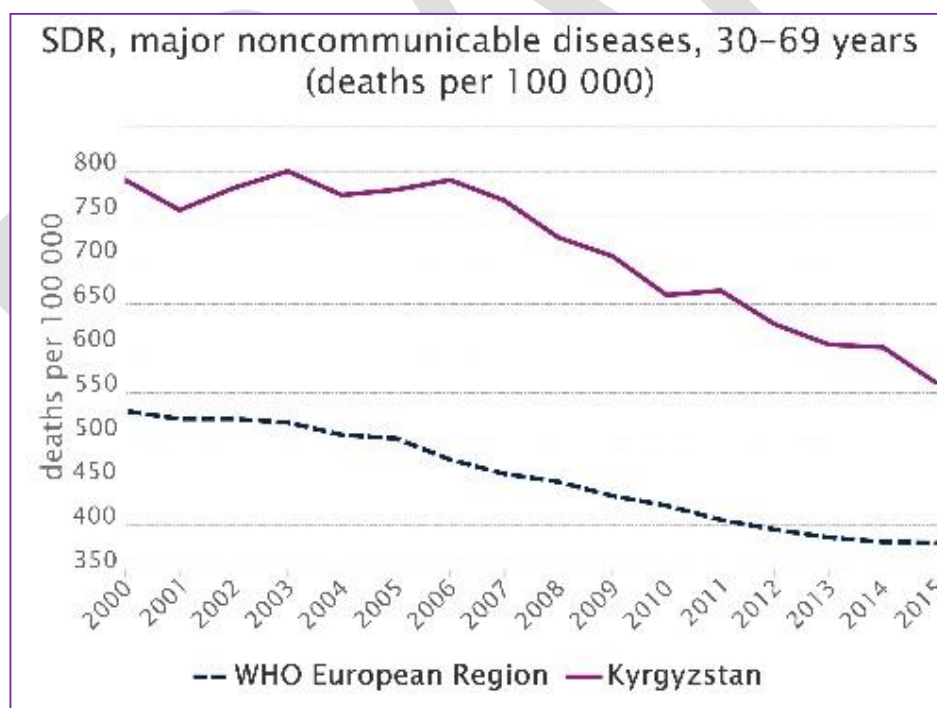
Нет национальной стратегии по рутинной вакцинации против гепатита В для взрослых из групп повышенного риска, включая работников здравоохранения, военнослужащих,

работников коммерческого секса, ПИН, МСМ и ЛЖВ или хроническим ВГС. Вакцинация взрослых не предусмотрена ПЛГГ, и её необходимо закупать самостоятельно.

Национальные клинические протоколы по диагностике, лечению и профилактике гепатита В и С были разработаны в 2014 году. Однако руководящие принципы не были приведены в соответствие с нынешними руководящими принципами ВОЗ (Мозалевских и др., 2016 г.).

ЦУР 3.4 Уменьшить смертность вследствие неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Кыргызская Республика сталкивается с высоким бременем неинфекционных заболеваний (НИЗ). Хотя показатель смертности вследствие НИЗ постоянно снижался в течение последних 20 лет, НИЗ являются причиной 80% всех смертей в стране. Более половины из них, 51%, связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Вероятность преждевременной смерти (смерти до достижения возраста 70 лет) от одного из четырёх основных НИЗ в 2015 году составила 1/4. Как и в других странах, факторы риска, включая нездоровое питание, отсутствие физической активности, воздействие табачного дыма и пагубное потребление алкоголя, способствуют распространённости НИЗ и смертности по их причине. Почти половина взрослого населения – 43% страдает от повышенного артериального давления (гипертонии), а большинство из них, 79%, не принимают никаких противогипертензивных лекарственных препаратов. Сорок пять процентов мужчин



потребляют табак (**индикатор ЦУР 3.а.1**), а каждый пятый житель страдает ожирением (исследование STEPS, 2013 г.). Недавно проведённый анализ экономического бремени пришёл к заключению, что потери, связанные с НИЗ, равны 3.9% ВВП (ВОЗ и ПРООН, 2017 г.).

Анализ тенденций смертности, связанной с НИЗ, с 2008 по 2012 годы выявил гендерный разрыв: показатели смертности от НИЗ среди мужчин почти вдвое выше, чем среди женщин (Прогресс ВОЗ по Программе НИЗ Кыргызстана, 2016 г.). Это даёт основания полагать, что услуги профилактики и медицинской помощи не доходят до мужчин на должном уровне.

Кыргызская Республика планирует отчитаться по 5 индикаторам, относящимся к ЦУР 3.4 (смертность вследствие неинфекционных заболеваний). Сюда входят индикаторы смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований, диабета, хронических респираторных заболеваний и самоубийств. Для более подробной информации см. Приложение 2.

Сердечно-сосудистые заболевания. Согласно национальной статистике общий показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний **сократился** на 15.2% в период с 2000 по 2018 гг. В 2018 году показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составил **265.7 на 100 000 населения (НСК) (индикатор ЦУР 3.4.1).**

Рак. Согласно национальной статистике в период с 2000 по 2018 гг. общий показатель смертности от новообразований (рака) **увеличился** на 6.8%. В 2018 году показатель смертности от новообразований (рака) составил **65.6 на 100 000 населения (НСК) (индикатор ЦУР 3.4.1).**

Диабет. Смертность от диабета с 2000 по 2018 гг. оставалась **стабильной**. В 2018 году показатель смертности от диабета составил 7.3 на 100 000 населения (НСК) **(индикатор ЦУР 3.4.1).**

Хронические респираторные заболевания. Национальные статистические данные показывают, что уровень смертности от хронических респираторных заболеваний кардинально **снизился** на 64.3% или в 2.8 раз в период с 2000 по 2018 гг., главным образом, среди детей в возрасте до 5 лет, благодаря усилению профилактических мер (внедрение пневмококковой вакцины) и улучшению раннего выявления и лечения на уровне ПМСП и больницы). Показатель смертности от хронических респираторных заболеваний в 2018 году составил **16.3 на 100,000 (НСК) (индикатор ЦУР 3.4.1).**

Самоубийства. С 2000 по 2018 год показатель смертности вследствие самоубийств **уменьшился** на 42.3% или в 1.7 раз. В 2018 году смертность из-за самоубийств составляла **6 на 100 000 населения (НСК) (индикатор ЦУР 3.4.1).** Как отмечено в Приложении 2, показатель незавершённых попыток самоубийства был гораздо выше во все годы.

Работа по НИЗ ведётся посредством Программы и Плана мероприятий по неинфекционным заболеваниям на 2013-2020 годы. Цели этой программы заключаются в профилактике и контроле неинфекционных заболеваний через: 1) снижение заболеваемости, преждевременной смертности и инвалидизации по причине НИЗ; 2) снижение распространённости факторов риска; 3) снижение социального и экономического бремени НИЗ, используя межсекторный подход к контролю за основными факторами риска и улучшению доказательной базы по качеству здравоохранения.

Раннее выявление НИЗ среди пациентов на уровне ПМСП не развито в достаточной мере. Схожим образом, мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний и последующие меры, относящиеся к факторам риска НИЗ, плохо организованы. Общественность плохо осведомлена о связи между образом жизни и риском НИЗ, а среди пациентов или поставщиков нет традиции вовлечения пациентов в укрепление и защиту своего личного здоровья. К примеру, учреждения здравоохранения на уровне ПМСП предлагают ряд услуг по вопросам питания: оценивается статус питания, пациентам с ССЗ или диабетом рекомендуются изменения рациона, но последующие меры для оценки прогресса, достигнутого пациентами, ограничены. Клинические руководства по прекращению курения были разработаны в 2012 году, а некоторые из специалистов ПМСП прошли обучение. Тем не менее, проверка статуса курильщика не проводится повсеместно на уровне ПМСП.

Требуется больше обучения и поддержки, чтобы вовлечь как людей, так и сотрудников на уровне ПМСП в укрепление здоровья и профилактику заболеваний по причине НИЗ.

ЦУР 3.5 Усилить профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе наркотических средств и алкоголя

Пагубное употребление алкоголя и злоупотребление наркотическими средствами являются факторами риска заболеваний и связаны с обширным рядом неблагоприятных последствий для здоровья. В краткосрочной перспективе чрезмерное потребление алкоголя и использование наркотиков связаны с травмами (дорожно-транспортные аварии), насилием (убийства, самоубийства, нападения на сексуальной почве и насилие со стороны партнёра), алкогольным отравлением и рискованным сексуальным поведением. В долгосрочной перспективе, как было установлено, продолжительное пьянство способствует хроническим заболеваниям, в том числе повышенному артериальному давлению, сердечным заболеваниям, инсульту, болезням печени, некоторым видам рака, психическим проблемам и социальным проблемам, включая потерю продуктивности, безработицу и конфликты в семье.

Профилактика и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе от наркотических средств и алкоголя, является важной стратегией охраны общественного здоровья для снижения риска заболеваемости и смертности по причине как инфекционных заболеваний, так и НИЗ среди населения и защите здоровья и безопасности широкой общественности.

В настоящее время страна собирает данные по «числу людей с выявленной наркотической зависимостью на 100 000» и «числу людей с выявленной алкогольной зависимостью на 100 000», что не соответствует напрямую глобальным индикаторам ЦУР, которые предназначены измерять охват услугами лечения (среди тех, кто нуждается в лечении).

Особенности употребления алкоголя и подходы к лечению и профилактике. В 2014 году, общий показатель употребления алкоголя на душу населения (АДН) в год составил 5 литров. По сравнению со средним показателем АДН в европейском регионе ВОЗ, составляющим 10.7 литров в год, уровень употребления алкоголя в Кыргызстане считается относительно умеренным (Политика налогообложения алкоголя в Кыргызстане, ВОЗ, 2017 г.). Лечение алкогольной зависимости оказывается в Республиканском центре наркологии и через частные учреждения.

В рамках Программы и Плана мероприятий по профилактике и контролю НИЗ Кыргызская Республика уже применила ряд мер для снижения вредного употребления алкоголя. В эти меры входят: повышение налогов на алкоголь для внутренней продукции; ограничения рекламы алкогольных напитков (в том числе и спонсорство мероприятий с использованием логотипов алкогольной продукции), запреты на продажу алкоголя в общественном транспорте, государственных учреждениях, парках и городских площадях, а также детских, образовательных, медицинских, спортивных и культурных учреждениях и принятие более жёсткого законодательства об уровнях алкоголя в крови при вождении (максимум 0.3 г/л). По просьбе религиозных лидеров в ряде сообществ и сел был введён строгий запрет на продажу алкоголя.

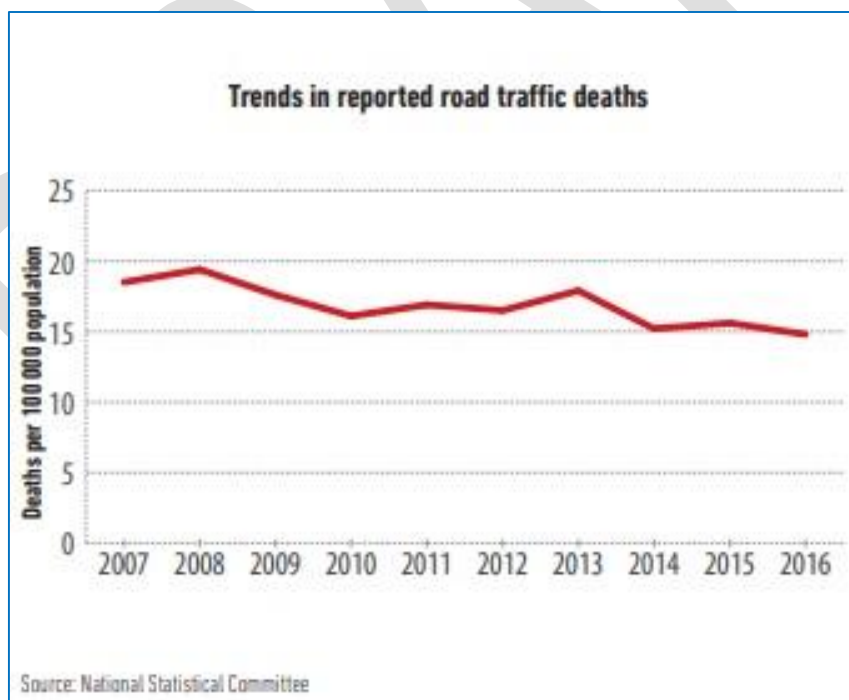
Тем не менее, обзор некоторых из этих мер обнажил лазейки и слабые места в /при соблюдении. К примеру, 40% потребляемого алкоголя – это импортируемый или незаконно произведённый алкоголь, на который, таким образом, не влияет повышение налогообложения.

Использование наркотиков и подходы к профилактике и лечению. Общее число людей, потребляющих инъекционные наркотики, в стране оценивается в 25 000 (ПРООН, 2014 г.). Лечение наркотической зависимости обеспечивается через Республиканский центр

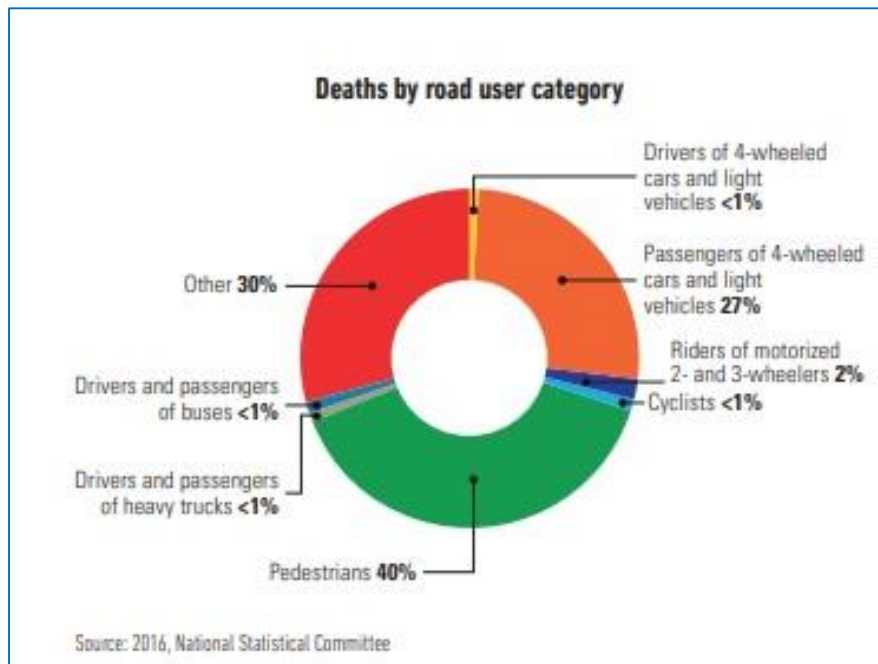
наркологии и частные учреждения. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) предоставляется через программы по снижению вреда для потребителей инъекционных наркотиков в рамках Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ-инфекции.

ЦУР 3.6 Сократить число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий

В 2015-2018 гг. смертность вследствие дорожно-транспортных происшествий сократилась на 29%, с 15.6 смертей на 100 000 до **11 смертей на 100 000 (индикатор ЦУР 3.6.1)**, с 812 сообщённых гибелей за год (НСК, 2018 г.). Несмотря на эту положительную тенденцию, показатель смертности вследствие ДТП по-прежнему остаются среди самых высоких в Европейском регионе ВОЗ (ВОЗ, 2018 г.), а смерти и травмы в результате ДТП продолжают вызывать серьёзное беспокойство. Экономический рост способствовал расширению дорожной сети, увеличению количества транспортных средств и тенденции к урбанизации. В совокупности все эти факторы повышают риск дорожно-транспортных происшествий с участием ТС и пешеходов. На долю пешеходов приходится 40% всех смертей в результате ДТП. Требуется больше усилий чтобы обеспечить безопасность на дорогах.



Министерство внутренних дел, Управление по обеспечению безопасности дорожного движения несёт общую ответственность за безопасность на дорогах. Министерство транспорта и коммуникаций (МТК) служит ведущим транспортным учреждением в Кыргызской Республике и отвечает за политику по вопросам транспорта и коммуникаций,



регулирование, планирование и развитие дорог и дорожной инфраструктуры. Комиссия по дорожной безопасности под председательством вице-Премьер-министра отвечает за сбор и анализ данных по ДТП и координирует профилактические инициативы с различными государственными ведомствами.

Национальные планы по обеспечению дорожной безопасности были одобрены Постановлениями в 2017 году (№ 546) и в 2018 году (№ 504) с целью изложения мер дорожной безопасности, улучшения дорожной инфраструктуры и снижения рисков для пешеходов. Задачи по обеспечению дорожной безопасности включены в Национальную стратегию устойчивого развития до 2040 года, а индикаторы дорожной безопасности будут отражены в отчётности в рамках усилий страны по реализации Повестки ЦУР. Кыргызская Республика является членом Программы Центральноазиатского регионального экономического сотрудничества (ЦАРЭС). Как группа страны ЦАРЭС поставили цель по снижению количества смертей в дорожных коридорах ЦАРЭС на 50% к 2030 году, по сравнению с 2010 годом.

ВОЗ поддерживает межсекторные усилия Правительства по решению вопросов дорожной безопасности от лица системы ООН. ВОЗ предоставило технический вклад в разработку Национальной программы дорожной безопасности 2018 года и оказало поддержку представителям Министерства внутренних дел, МЗ и парламента для участия на

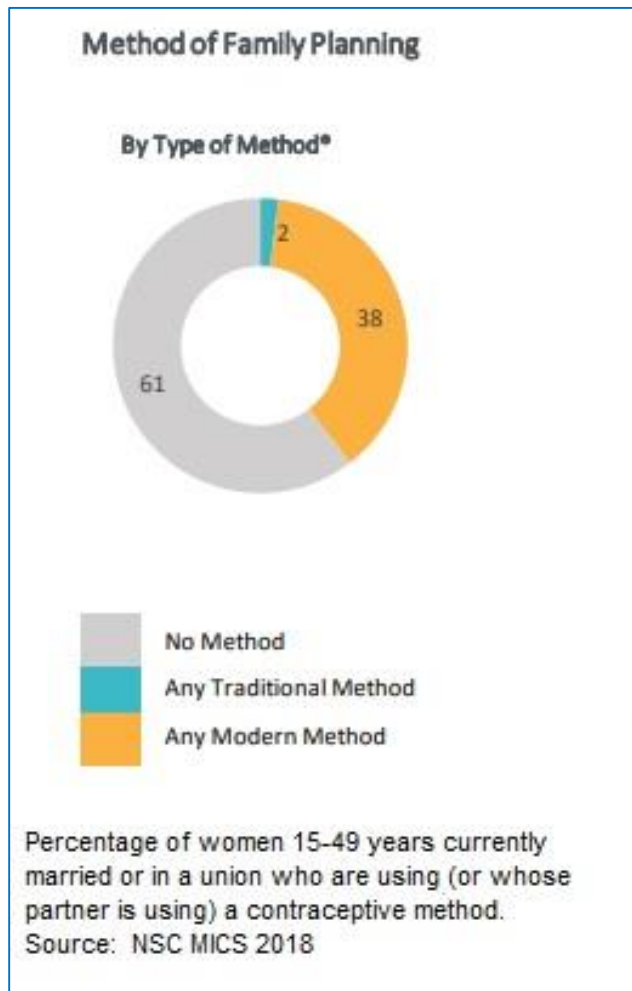
региональных обучающих семинарах по дорожной безопасности и форумах по региональной безопасности.

ЦУР 3.7 Обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья

Обеспечение всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья – это одно из мерил успеха страны в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) населения. Услуги по охране репродуктивного здоровья, в том числе и по планированию семьи, составляют часть глобального перечня ВОЗ 16 основных услуг для населения, к обеспечению которых должны стремиться все страны.

Доступ к эффективным способам предупреждения беременности и их использование помогает реализовывать права женщин и их партнёров на свободное и ответственное принятие решений о количестве детей и интервале между рождением детей. Удовлетворение потребностей в планировании семьи с помощью современных методов содействует охране здоровья матерей и детей, так как оно предупреждает слишком малый интервал между беременностями или случайную беременность, которые связаны с повышенным риском плохих акушерских исходов. Предупреждение беременности в очень раннем возрасте среди женщин – ключевая стратегия обеспечения здоровья женщин и детей.

Коэффициент использования контрацептивов в Кыргызской Республике значительно снизился за последние два десятилетия, с 60% в 1997 году (МДИ) до 36% в 2012 году (МДИ), а в МИКО 2014 года сообщалось о скромных успехах – 42%.



В 2018 году лишь 38% женщин репродуктивного возраста сообщали об использовании современного метода контрацепции. Женщины, живущие в городской местности, женщины с высоким уровнем образования и с высоким уровнем доходов более склонны использовать современные методы (НСК МИКО, 2019 г.)

Низкие уровни применения современных контрацептивов связаны со множеством различных факторов, включая недостаточное финансирование оказания качественных услуг по планированию семьи в рамках ПЛГГ, которые мог бы обеспечить больший доступ к услугам, особенно для слабо охваченных групп населения, в том числе бедных женщин в сельской местности.

В 2018 году Кыргызская Республика присоединилась к движению FP2020 в качестве новой страны, берущей на себя обязательства. Страна выразила

намерение ускорить ход прогресса на пути к обеспечению прав людей на доступ к услугам по планированию семьи, включая контрацепцию, путём: увеличения государственного финансирования на закупку контрацептивов для удовлетворения нужд женщин с повышенным медицинским или социальным риском материнской смертности; принятия мер по повышению качества услуг планирования семьи; и сокращению барьеров с целью расширения разнообразия современных контрацептивов на рынке. Два вида контрацептивов (ВМС и пероральные противозачаточные средства) были включены в перечень лекарственных средств и медицинских приборов, подлежащих возмещению в рамках программы ДПЛ/ПЛГГ.

Индикатор ЦУР 3.7.1 измеряет долю женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами. В 2018 году цифра по данному индикатору составила **68%** (НСК МИКО, 2019 г.) Однако, необходимо подходить к толкованию значения этого индикатора с осторожностью,

учитывая низкий уровень применения и доступа к услугам по планированию семьи среди женщин в стране.

В 2018 году рождаемость среди подростков (индикатор ЦРУ 3.7.2) составляла **50 на 1000 женщин** в данной возрастной группе (15-19 лет) населения. Рождаемость среди подростков в два раза выше в сельской местности, чем в городских поселениях (64 на 1000 и 32 на 1000 соответственно) (НСК МИКО, 2019 г.). Рождаемость среди подростков сократилась с 2014 года, когда общий показатель равнялся 65 на 1000 с аналогичной тенденцией более высоких уровней в сельской местности, чем в городах (75 на 1,000 в сельской и 45 на 1,000 в городской местности) (НСК МИКО 2014 г.).

Показатель рождаемости среди подростков, полученный на основе данных систем рутинной отчётности страны значительно ниже (см. Приложение 2).

Несмотря на усилия по предупреждению беременностей в подростковом возрасте, коэффициенты рождаемости среди подростков остаются высокими по сравнению с другими странами региона. Сообщается, что в общей сложности 3% женщин в возрасте 20-24 лет родили до достижения ими 18 лет (НСК МИКО, 2019 г.). Региональные различия и особенности ранних беременностей среди этнических меньшинств указывают на необходимость более целевого подхода к дальнейшему сокращению случаев подростковой беременности.

В рамках правительственного плана по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.) на данный момент идёт разработка Национальной программы охраны сексуального, репродуктивного, материнского и детского здоровья. Ожидается, что новая программа будет готова к концу 2019 года и будет следовать подходу, предусматривающему обеспечение услуг по репродуктивному, материнскому и детскому уходу на протяжении всего жизненного пути, и укреплению здоровья женщин и детей.

ЦУР 3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ)

Достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения – одна из первоочередных задач, стоящих перед страной. Кыргызская Республика является страной-участницей Международного партнёрства в области здравоохранения «ВОУЗ-2030» и подписантом Глобального договора о достижении прогресса в обеспечении ВОУЗ. Стратегии и прогресс страны в достижении ВОУЗ обсуждаются более подробно в последующем разделе данного отчета.

ВОУЗ означает обеспечение того, что у всех лиц и общин есть равноправный доступ к определённому пакету основных медицинских услуг, который не влечёт за собой финансовых затруднения. ВОЗ рекомендует включить в основной пакет услуг страны 16

основных услуг, охватывающих репродуктивное здоровье, здоровье матери и ребёнка, приоритетные услуги по лечению инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Оценка прогресса на пути к достижению ВОУЗ требует измерить способность страны обеспечить население определённым пакетом основных услуг (охватом) и свести к минимуму финансовые трудности населения при получении основных медицинских услуг.

Программа Правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 гг. включает ряд индикаторов, связанных с отслеживанием **охвата** основными медико-санитарными услугами, включёнными в ПЛГГ, и относящимися к охране репродуктивного, материнского и детского здоровья, а также лечению инфекционных и неинфекционных заболеваний. Более того, программа включает индикаторы, предназначенные измерять **финансовое бремя**, которое ложится на больных, через отслеживание общего показателя охвата населения медицинским страхованием и прямых затрат на оказание услуг здравоохранения пациентам как процента от правительственных затрат. Данные для этих индикаторов будут получены из систем рутинной отчётности и специальных исследований.

В настоящее время страна находится в процессе определения конкретных индикаторов, которые будут использоваться в отчётности о прогрессе страны на пути достижения ВОУЗ в рамках Повестки ЦУР. Рассматриваются два индикатора, относящиеся к охвату основными услугами (**индикатор ЦУР 3.8.1**) и финансовому бремени на населении при получении медицинской помощи (**индикатор ЦУР 3.8.2**) (см. Приложение 2).

На глобальном уровне Институт измерения показателей и оценки здоровья (ИПОЗ) разработал индекс, чтобы помочь странам оценивать свой прогресс на пути к достижению всеобщего охвата. Число индекса по шкале от 0 до 100 служит рейтингом прогресса страны в достижении всеобщего охвата, связанного с 9 трейсерными вмешательствами (англ. «tracer interventions») и стандартизированными по степени риска показателями смертности или коэффициентами смертности-к-распространённости по 32 причинам, которые поддаются устранению через медицинскую помощь. Оценочный индекс ИПОЗ по ВОУЗ 2017 года для Кыргызской Республики составляет 68.6 (по шкале от 0 до 100) <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.

ЦУР 3.9 Сократить количество смертей и заболеваний в результате воздействия опасных химических веществ, загрязнения воздуха, воды и почв

В мировом масштабе загрязнение воздуха представляет собой наиболее серьёзный экологический риск для здоровья и служит причиной свыше 500,000 преждевременных смертей в Европейском регионе ВОЗ ежегодно (ВОЗ, 2018 г.). Даже при относительно низких концентрациях, твёрдые частицы (ТЧ) могут иметь неблагоприятное воздействие на

здоровье и являются сопутствующим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, хронического обструктивного заболевания лёгких, острой респираторной инфекции нижних дыхательных путей и рака лёгких. ВОЗ установила значения для ТЧ в рамках Руководящих принципов по качеству воздуха (РПКВ), и борьба с загрязнением воздуха относится к достижению целевых задач ЦУР по охране здоровья.

В Кыргызской Республике совместная ответственность за установление руководящих принципов по приемлемым уровням загрязнения воздуха и мониторинг качества воздуха лежит на Государственном агентстве охраны окружающей среды и лесного хозяйства Министерства сельского хозяйства и Агентства по гидрометеорологии Министерства чрезвычайных ситуаций. В рамках данного обзора не представилось возможным определить усилия со стороны правительства по оценке или борьбе с воздействием загрязнения воздуха на здоровье населения.

Для целей отчётности по ЦУР по **задаче ЦУР 3.9** рассматриваются четыре индикатора: (1) смертность от токсического действия окиси углерода на 100 000 населения (0.8 в 2018 году); (2) смертность от кишечных инфекций на 100 000 (0.8 в 2018 году); (3) смертность от брюшного тифа на 100 000 (0.0 в 2018 году); смертность от случайных отравлений на 100,000 (6.3 в 2018 году) (См. Приложение 2).

ЦУР 3.a Активизировать осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.

В Кыргызской Республике наблюдается высокий показатель курения среди мужчин, 48.2% мужчин – курильщики, в сравнении с 2.7% женщин (исследование STEPS 2013 года). Высокий уровень курения среди мужчин является одним из главных факторов, способствующих распространённости сердечно-сосудистых заболеваний, рака и хронических респираторных заболеваний и смертности по их причине в стране. По оценке ВОЗ, без дальнейшего усиления мер по борьбе против табака, число преждевременных смертей в результате курения могут вырасти до 213 000 среди 426 000 ныне живущих курильщиков (Информационный бюллетень по борьбе против табака в Кыргызстане, 2017 г.).

Курение среди молодёжи и воздействие вторичного табачного дыма также представляют угрозу для здоровья. Одна четверть взрослых, или 24%, сообщали, что они подвергались воздействию вторичного табачного дыма дома, тогда как 23% сообщили о подверженности воздействию на рабочем месте (исследование STEPS 2013 года). Двенадцать процентов мальчиков и 5% девочек в возрасте 13-15 лет используют табачные изделия (Глобальный опрос о потреблении табака среди молодёжи, 2014 г.).

Страновые данные о распространённости курения доступны лишь благодаря специализированным исследованиям, наиболее последними из которых были исследование STEPS, проведённое в 2013 году, и Глобальный опрос о потреблении табака среди молодёжи 2014 года. Поэтому провести анализ тенденций по данному индикатору не представлялось возможным. На основе данных 2013 года, **общая распространённость употребления табака лицами в возрасте 15 лет и старше составила 25.7% (индикатор ЦУР 3.а.1) (STEPS 2013 г.)**. Эта статистика не даёт полной картины бремени на здоровье и связанных с ним риском НИЗ потому, что, как было описано ранее, показатель курения среди мужчин значительно выше чем среди женщин, что отражает гендерные культурные нормы, связанные с особенностями курения.

Кыргызская Республика ратифицировала Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака в 2003 году. В 2006 году страна ввела в действие закон о защите здоровья граждан от вредного воздействия табака. Курение запрещено в образовательных учреждениях, учреждениях здравоохранения, организациях детского досуга, некоторых общественных местах, в том числе в кинотеатрах, на спортивных площадках, в цирках и концертных залах, а также междугородних автобусах и маршрутных такси. Однако на данный момент запреты на курение не соблюдаются надлежащим образом. Страна также ввела ограниченные запреты на рекламу и предупреждающие надписи на упаковках сигарет.

Стратегия страны по борьбе против табака включена в Национальную программу по НИЗ. Посредством Государственной программы по защите здоровья граждан от вредного воздействия табака (2008-2015 гг.) были проведены целенаправленные образовательные кампании по повышению осведомлённости. В связи с отсутствием финансирования эти усилия были сокращены.

Был разработан проект новой стратегии борьбы против табака, но она ещё не одобрена правительством, отчасти в связи с продолжающимися политическими дискуссиями о последствиях политики налогообложения табака для здоровья и экономики.

Недавняя организация в 2018 году Всемирных игр кочевников, свободных от табачного дыма, служит важным примером усилий, возглавляемых МЗ, по применению общеправительственного подхода к укреплению здоровья. При поддержке ВОЗ МЗ заручилось поддержкой вице-премьер-министра и Организационного комитета игр для объявления Игр официальным мероприятием, свободным от табачного дыма. Это начинание потребовало сенситизации сотрудничества с целым рядом правительственных ведомств (не относящихся к сектору здравоохранения), групп частного сектора и гражданского общества, в том числе и представителей сельских комитетов здоровья. Эти

успешные усилия служат моделью для дальнейшего межсекторного сотрудничества с гражданским обществом в целях укрепления здоровья.

ЦУР 3.b Обеспечить доступ к недорогим основным лекарственным препаратам и вакцинам

Иммунизация – доказавшая свою действенность и экономически эффективная мера общественного здравоохранения, которая спасает жизни миллионов детей и защищает ещё миллионы от болезней и инвалидности. Исторически сложилось так, что благодаря национальной программе в стране отмечаются высокие показатели иммунизации детей. После вспышки кори в 2015 году и в связи с увеличивающимся недоверием к вакцине, так называемой «вакцинной нерешительностью», страна возобновила свои усилия по достижению, а также поддержанию, всеобщей рутинной иммунизации, в целях защиты детей от смертельно опасных, но в то же время легко предотвратимых болезней. ГАВИ (Альянс по вакцинам), ЮНИСЕФ и ВОЗ вместе с неправительственными организациями поддерживают МЗ в этом направлении.

Самые последние данные показывают, что **76.7% детей в возрасте 12-23 месяцев и 81.7% детей в возрасте 24-35 месяцев получили прививки в соответствии с национальным календарём профилактических прививок (индикатор ЦУР 3. b.1)** (НСК МИКО, 2019 г.).

Предварительные данные нового обследования, проводимого при поддержке ВОЗ, указывают на то, что различия в охвате прививками могут возникать вследствие внутренней миграции. Переезды семей могут мешать получению доступа к услугам по иммунизации в своевременной манере, не нарушающей эффективность вакцин. Ожидается, что результаты исследования будут опубликованы позже в этом году.

ЦУР 3.c Увеличить финансирование здравоохранения и набор, развитие и удержание медицинских кадров

Обеспечение достаточной укомплектованности квалифицированными медицинскими кадрами, обладающими навыками и мотивацией необходимыми для исполнения своих обязанностей, является жизненно важным вопросом для страны. Как уже обсуждалось в нескольких разделах настоящего отчета, различия в географическом распределении основных медицинских работников, недостаточные навыки в технических областях, относящихся к функциональным обязанностям, и системные проблемы с набором и удержанием квалифицированных кадров – все это глубоко укоренившиеся вызовы, влияющие на функциональную деятельность всей системы здравоохранения, в том числе системы общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.

Программа Правительства КР по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы определяет человеческие ресурсы в сфере здравоохранения в

качестве первостепенного национального приоритета. В рамках правительственного плана определены шесть направлений работы для устранения проблем, связанных с человеческими ресурсами, в секторе здравоохранения, включая:

- 1) Улучшить систему управления кадровыми ресурсами в здравоохранении на основе межведомственного и межсекторального взаимодействия;
- 2) Повысить обеспеченность отдалённых регионов медицинскими кадрами с акцентом на обеспечение семейными врачами, работниками служб общественного здравоохранения и скорой медицинской помощи;
- 3) Завершить процесс реформирования системы высшего медицинского образования;
- 4) Реформировать сестринское образование в соответствии с новыми требованиями и потребностями здравоохранения.

Для целей отчётности по ЦУР будет использоваться количество врачей и средних медицинских работников на 10 000 населения (**индикатор ЦУР 3.с.1**). В 2018 году **на 100 000 населения приходилось 22 врача и 56 средних медицинских работников** (НСК, 2018 г.). Однако эти числа не дают должного представления о различиях в укомплектованности кадрами пунктов ПМСМ, в частности в сельских и отдалённых районах.

SDG 3.d Укрепить готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения

Готовность к чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения означает готовность страны реагировать на широкий ряд ЧС в ОЗ, в том числе на вспышки болезней, продовольственную безопасность, природные и антропогенные бедствия (например, оползни, наводнения, землетрясения, воздействие химикатов или ядерной/радиации).

Защита здоровья и безопасности населения в случае чрезвычайной ситуации требует согласованного общегосударственного подхода, который выходит за рамки обязанностей различных министерств и включает совместные усилия с областными и районными органами. В этом отношении, Министерство чрезвычайных ситуаций и Министерство здравоохранения с давних времён работают вместе над реагированием на вспышки болезней и стихийные бедствия.

Кыргызская Республика подписала глобальный договор о Международных медико-санитарных правилах (ММСП), который предоставляет рамки для стран по защите своих граждан от эпидемий и других ЧС в здравоохранении. В их рамках странам рекомендуется оценивать свою готовность реагировать на чрезвычайные ситуации в сфере общественного здравоохранения на постоянной основе.

Начиная с 2016 года Кыргызская Республика вела активную деятельность по оценке и усилению своего потенциала для реагирования на ЧС в области общественного здравоохранения.

В 2016 году страна провела Совместную внешнюю оценку (СВЕ) своей готовности к ЧС в области общественного здравоохранения и способности к реагированию. На её основе был подготовлен отчёт, дающий всесторонний обзор способности страны соблюдать ММСП (ВОЗ, 2017 г.).

В выводах отчета отмечается, что, хотя на национальном, областном и районном уровнях уже существуют базовые структуры и механизмы общественного здравоохранения для осуществления многосекторальных мер реагирования, необходимо уделять больше внимания следующим областям:

- Разъяснению ролей и ответственности между различными секторами (министерствами, инспекциями, ведомствами и департаментами) и уровнями (центральными, областными, районными) в контексте осуществления ММСП;
- Профессиональная подготовка и стимулы для удержания квалифицированных кадров во всех основных областях, связанных с реагированием на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения: эпидемиология, химическая и ядерная/радиация, безопасность, питание и оказание неотложной медицинской помощи.

В 2017 году Министерство здравоохранения было официально утверждено в качестве национального координационного центра по ММСП (Постановление №236), а Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора уполномочен выполнять функциональные обязанности (Приказ МЗ № 695).

В 2018 году, при поддержке ВОЗ и других партнёров-агентств ООН страна провела 6 симуляционных упражнений.

Страна участвует в веб-платформе «Электронный инструмент годовой отчётности государств-участников». Страны в добровольном порядке сообщают о достигнутом ими ежегодном прогрессе в реализации 10 основных требований к возможностям соблюдения ММСП. Этот мониторинговый веб-инструмент рассчитывает процентное соотношение степени достижения каждой из 10 основных областей ММСП. В 2018 году самой сильной возможностью Кыргызской Республики в рамках ММСП было наблюдение (80%-ный показатель достижения глобальных требований в этой области). Области ММСП, в которых страна находится позади – это оповещение о рисках и продовольственная безопасность; здесь страна добилась лишь 40%-ного показателя достижения глобальных требований ММСП <https://extranet.who.int/e-spar/#home>.

В рамках правительственного плана по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030) мероприятия на национальном уровне нацелены на усиление способности страны реагировать на ЧС в области общественного здравоохранения. Создание единой национальной системы оценки и управления рисками для здоровья населения является приоритетной областью, охватывающей усилия по укреплению возможностей реагирования на ЧС через более чёткое определение ролей и ответственности по секторам и уровням правительства, улучшенные информационные системы наблюдения и оповещения в случае ЧС в здравоохранении, обучение для усиления навыков основного персонала и гармонизацию трансграничной политики в рамках ММСП.

Для целей отчётности по ЦУР в отношении **индикатора ЦУР 3.d.1** будут предоставлены данные по «количеству санитарно-карантинных пунктов, организованных в соответствии с ММСП». В 2018 году в стране имелись **14 санитарно-карантинных пунктов, организованных в соответствии с ММСП** (данные Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора, 2018 г.) (см. Приложение 2).

3. Ключевые приоритеты Кыргызской Республики по улучшению здоровья и благополучия для всех в любом возрасте

3.1 Всеобщий охват услугами здравоохранения

Всеобщий охват услугами здравоохранения означает способность страны обеспечить доступ всех людей к необходимым и эффективным услугам здравоохранения (в том числе профилактике, лечению, укреплению здоровья, реабилитационному и паллиативному уходу) надлежащего качества, в то же время гарантируя, что пользователи не столкнутся с финансовыми затруднениями при использовании этих услуг (ВОЗ).

Стратегия достижения ВОУЗ в Кыргызской Республике. Основой для ВОУЗ в Кыргызской Республике служит **система единого плательщика за услуги здравоохранения**, управляемая **ФОМС**, и **пакет льгот, гарантированных государством, (ПЛГГ)** с сопутствующим **Дополнительным пакетом лекарств (ДПЛ)**, которые были созданы на ранних этапах реформирования здравоохранения.

С 1997 года был введён налог с заработной платы, предназначенный финансировать здравоохранение. Финансовые средства инвестируются в программу обязательного медицинского страхования, управляемую ФОМС, которая призвана дополнять внутреннюю и внешнюю бюджетную поддержку услуг здравоохранения.

Льготы для населения при получении услуг здравоохранения определены ПЛГГ и ДПЛ. ПЛГГ следует универсальному подходу, так как он применим ко всем гражданам и устанавливает

основной пакет услуг здравоохранения, которые финансируются государством и доступны всему населению.

В рамках ПЛГГ всем гражданам на бесплатной основе предоставляется скорая и первичная медико-санитарная помощь, включая ограниченную выборку медикаментов, . Для получения первичной помощи пациентам необходимо зарегистрироваться в ГСВ, хотя они и вправе менять ГСВ по желанию.

Услуги специализированной помощи по направлению оказываются на основе фиксированной дополнительной платы, но включает обширные категории, освобождённые от уплаты. Стационарное и специализированное амбулаторное лечение предоставляются на основе соответствующего направления, но при внесении со-оплаты.

Освобождённые от оплаты категории, в которые, как задумывалось, должны входить уязвимые слои населения, а также люди с особыми медицинскими показаниями или заболеваниями не платят со-оплату или же платят по сниженной ставке. Чтобы платить уменьшенную со-оплату за стационарное и специализированное амбулаторное лечение больные должны предоставить соответствующее направление от основного врача в ГСВ. Без надлежащего направления больному придётся оплатить полную стоимость услуг, вне зависимости от его страхового статуса. Этот механизм был разработан, чтобы стимулировать более широкое использование первичной медико-санитарной помощи.

ДПЛ регулирует право на получение амбулаторных лекарств для тех, кто платит взносы обязательного медицинского страхования, и для тех, за кого оплачивает взносы государство. В настоящее время ДПЛ включает **61** лекарственный препарат, тогда как на момент его внедрения в 2001 году это количество составляло **34** (Джиуффрида и др., 2013 г.; Джакаю и др., 2018 г.).

Прогресс и вызовы на пути к достижению ВОУЗ. Кыргызская Республика является страной-участницей Международного партнёрства в области здравоохранения по достижению ВОУЗ до 2030 года и подписантом Глобального договора о достижении прогресса в обеспечении ВОУЗ.

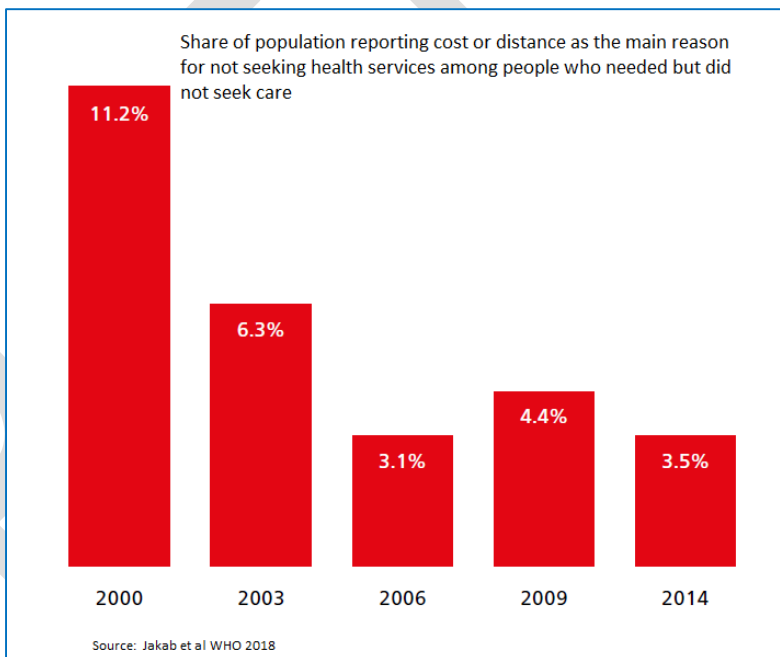
Стратегия, принятая Кыргызской Республикой для достижения ВОУЗ, а именно ПЛГГ/ДПЛ, финансируемые через ФОМС, зарекомендовала себя успешной во многих странах с низким и средним уровнем доходов (Джиуффрида и др., 2013 г.). Чтобы понять прогресс и вызовы, стоящие перед страной в достижении ВОУЗ, необходимо рассмотреть четыре аспекта, связанных с целью ВОУЗ:

- 1) Доступ к основным медико-санитарным услугам.

- 2) Защита от финансовых рисков, в особенности для наиболее уязвимых и беднейших слоёв населения;
- 3) Качество основных медико-санитарных услуг в сравнении с измеримыми улучшениями здоровья населения;
- 4) Долгосрочная финансовая состоятельность созданных систем для достижения ВОУЗ.

Помимо этих четырёх аспектов, важным сквозным элементом является **равенство**. Имеют ли все люди, независимо от экономического статуса и географического местоположения, один и тот же уровень доступа к установленным категориям основного ухода с аналогичным качеством и защитой от финансовых рисков?

Доступ к основным медико-санитарным услугам. С момента введения в действия систем ПГП и ОМС наблюдается улучшение доступа населения к основным медицинским услугам, за некоторыми исключениями в отдалённых и сельских районах. Доступ в сельской местности и отдалённых районах затруднён из-за проблем с оказанием помощи, в том числе постоянной нехватки медицинских кадров и ограниченным количеством машин скорой помощи, специализированных и более высоких уровней помощи и услуг лабораторной диагностики.

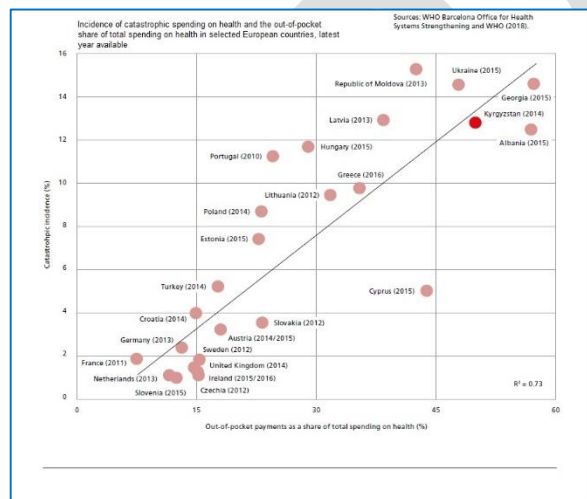


По всей стране разрывы в охвате связаны со слабым обеспечением сбора обязательных медицинских страховых отчислений (налог с заработной платы) и системой льгот, которая в недостаточной степени ориентирована на борьбу с бедностью.

Обеспечение отчислений в ФОМС среди людей, занятых в сельскохозяйственном секторе; самозанятых лиц; лиц, работающих на временных или нерегулярных работах; и тех, кто занят в теневой экономике, представляется проблематичным. В 2017 году доля участия составляла 73.6%. Это означает, что четверть населения не получает пользы от уменьшенной со-оплаты и имеет ограниченные права на амбулаторные лекарства, финансируемые государством.

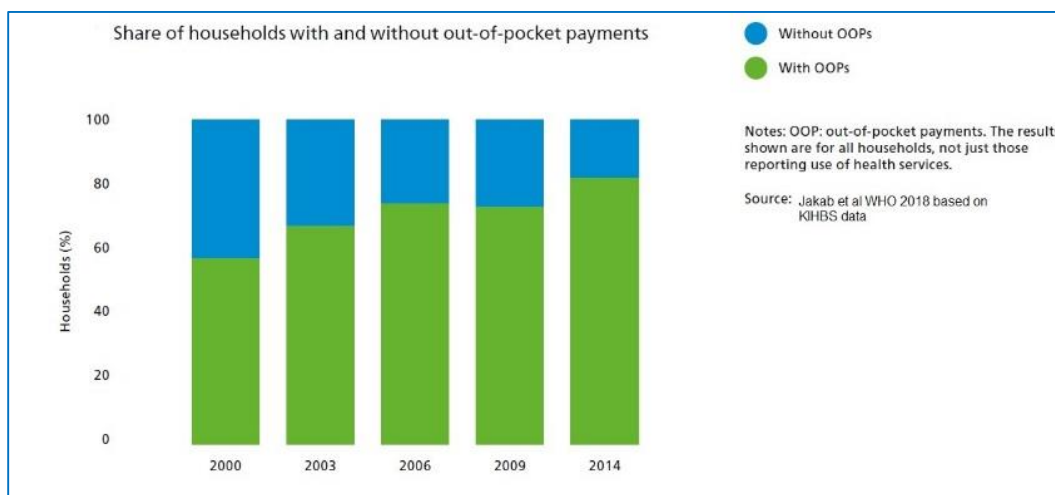
Количество групп людей, освобождённых от со-оплаты ПЛГГ за больничный уход, выросло с 29 в 2001 году до 46 в 2016 году. Однако освобождение основано на социально-демографических критериях и критериях, относящихся к болезням, и не привязано к уровню доходов или бедности. В результате этого, бедные люди могут быть случайно исключены из системы. Внедрение практики освобождения от уплаты согласно доходам требует совместного подхода Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального развития (МТСР), который ещё не был предпринят (Джакаб и др., ВОЗ, 2018 г.).

Защита от финансовых рисков. Финансовая защита в Кыргызской Республике лучше, чем в странах с аналогичным уровнем ВВП. Она улучшалась с 2000 по 2006 года, но ухудшилась в период 2009-2014 гг., по большей части из-за увеличения расходов из собственных средств на амбулаторные лекарства и медицинские товары. Распространённость катастрофически высоких затрат из собственных средств населения существенно увеличилась в 2009-2014 годах во всех квинтилях, кроме наибеднейшего. В настоящее время оплата из собственных средств населения составляет около 50%. Это значительно ниже среднего показателя в странах с уровнем доходов ниже среднего и в странах СНГ, но выше среднего показателя в странах с уровнем доходов выше среднего.



Доля домохозяйств, тратящих средства из собственного кармана, существенно увеличилась со временем, с 57% в 2000 году до 82% в 2014 году. Это по большей части обусловлено увеличением затрат на амбулаторные лекарства. Более высокие затраты на лекарства из собственных средств связаны с двумя тенденциями: выросшими рыночными ценами на медикаменты, что связано с отсутствием регулирования цен и наценок, и расходами на лекарства, выданные

без рецепта врача. Неформальные платежи также представляют собой хроническую проблему которая ложится непропорционально тяжёлым финансовым бременем на бедных (Джакаб и др., 2018 г.).



Улучшение регулирования и управления оборотом лекарственных средств, а также расширение охвата ФОМС для обеспечения финансовой защиты населения заявлены в программе по охране здоровья на 2019-2030 годы двумя приоритетными направлениями.

Следует отметить, что Кыргызская Республика уже начала предпринимать меры для решения проблемы растущей стоимости лекарственных средств. В 2017 году были внедрены три новых закона о регулировании медикаментов и технологий здравоохранения. В 2018 году было принято новое законодательство, которое будет содействовать доступности медикаментов и медицинских приборов и соблюдению требований вступления в Евразийский экономический союз и его общий рынок. Впервые законы позволят правительству регулировать цены на лекарства и медицинские приборы. Эти изменения были дополнены пересмотром национального перечня основных лекарственных средств в 2018 году и инициативой по обновлению цен ДПЛ, с акцентом на лекарствах, предназначенных для болезней с высоким бременем, что также имело место в 2018 г. (Джакаб и др., ВОЗ, 2018 г.)

Качество помощи. В контексте ВОУЗ измеримые улучшения в состоянии здоровья населения являются индикатором качества услуг по профилактике и первичной медико-санитарной помощи. По мере того как страны добиваются возрастающих успехов в обеспечении доступа населения к основным медико-санитарным услугам, сопутствующее улучшение ключевых результатов в области охраны здоровья служит показателем того, что качество первичной медико-санитарной помощи и услуг по профилактике находится на достаточном уровне для охраны и улучшения здоровья населения.

Программа «Ден соолук» (2012-2018 гг.) уделяла особое внимание улучшению последствий для здоровья в четырёх приоритетных областях: контроль сердечно-сосудистых заболеваний, содействие здоровью матери и ребёнка, контроль и профилактика ТБ и ВИЧ/СПИДа. Как описывается более подробно в других разделах настоящего отчета, в этот период страна добилась значительного прогресса в снижении смертности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов и туберкулёза, а также детской смертности. Эти данные указывают на то, что целенаправленные усилия по выявлению и устранению барьеров для доступа к услугам и улучшение качества первично помощи положительно повлияли на состояние здоровья населения.

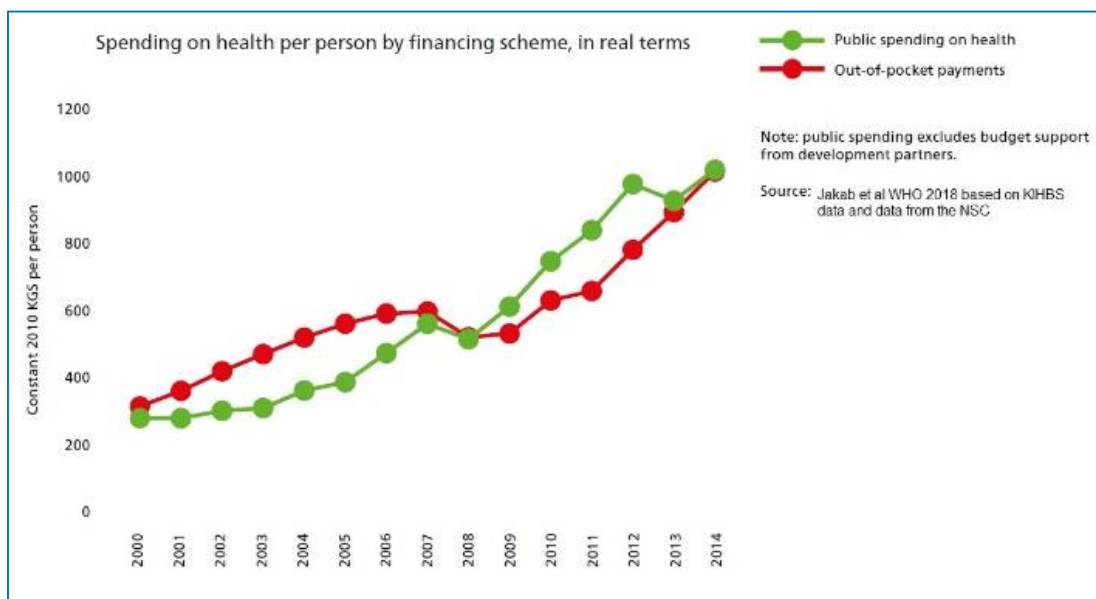
МЗ совместно с ФОМС продолжит работу над улучшением качества системы первичной медико-санитарной помощи через Программу улучшения качества системы первичной медико-санитарной помощи на 2019-2024 годы, которая недавно получила финансирование. Эта новая инициатива, финансируемая Всемирным банком будет нацелена на повышение качества в трёх ключевых направлениях системы ПМСП: 1) оказание услуг, 2) стратегические закупки и 3) руководство и управление.

Первое направление предусматривает создание и укрепление систем отчётности и мониторинга качества медицинской помощи как основ для устойчивого повышения качества. Второе направление поддерживает стратегическую закупку качественных услуг и улучшение охвата для отдельных приоритетных состояний. Третье направление заключается в создании структуры и механизма на национальном уровне для координации усилий по повышению качества медицинской помощи в стране.

Долгосрочная финансовая состоятельность достижения ВОУЗ. Данные Национальных счетов здравоохранения показывают, что в период 2000-2014 годов государственные расходы на охрану здоровья и траты собственных средств увеличились в реальном выражении.

Государственные расходы на здравоохранение существенно возросли в этот период, отчасти благодаря достигнутой в 2006 году договорённости между правительством и его партнёрами по развитию об увеличении расходов на здравоохранение на 0.6% в год для достижения цели выделения 13% государственного бюджета на здравоохранение. Эта цель была достигнута в 2013 году и с тех пор остаётся в силе (Джейкоб и др., 2018 г.).

Несмотря на возросшие государственные расходы на здравоохранение, имеющиеся средства недостаточны, чтобы покрыть затраты на предоставление ПЛГГ.



Сохраняющийся разрыв в финансировании связан с растущими затратами на выполнение государственных обязательств в рамках ПЛГГ, которые превысили увеличение отчислений в бюджет, на со-оплату и отчисления в ФОМС, предназначенные покрывать стоимость услуг здравоохранения.

Как обсуждалось в предыдущем разделе отчета, число категорий населения, имеющих право получать льготные услуги в рамках ПЛГГ, неуклонно растёт. В то же время, проблематичным остаётся вопрос обеспечения отчислений с заработной платы в ФОМС. Это усугубляется тем, что большое количество граждан уехали из страны в поисках работы и не вносят отчисления в систему ФОМС. Как упоминалось ранее, способствующим фактором также являются растущие цены на медикаменты на нерегулируемом рынке лекарств. Неэффективные аспекты системы оказания медико-санитарных услуг, такие как необоснованная госпитализация и практика чрезмерного прописывания, также влияют на рост стоимости медицинской помощи. Нынешний уровень внешней помощи в целях развития сектору здравоохранения составляет примерно 7% от всех затрат на здравоохранение (Совместное заявление МЗ, 2019 г.) и, несмотря на попытки увеличить финансирование здравоохранения из внутренних источников, Кыргызская Республика по-прежнему зависима от внешней поддержки для удовлетворения таких критических нужд, как закуп противотуберкулёзных и АРВ-препаратов и улучшение инфраструктуры.

3.2 Услуги первичной медико-санитарной помощи

Развитие обновлённой высококачественной системы ПМСП определено в качестве приоритета Программы Правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 гг. Первичная медико-санитарная помощь служит основой для системы здравоохранения, предусмотренной Кыргызской Республикой. С 1996 года страна инвестировала значительные средства в построение крепкой базы для предоставления услуг ПМСП и, тогда как был достигнут большой прогресс, широко признается и то, что требуются дополнительные усилия.

Несмотря на усилия на уровне национальной политики включить подходы укрепления здоровья и профилактики заболеваний в предоставление услуг ПМСП, эти компоненты не развиты в достаточной степени на уровне оказания услуг ПМСП. Нет национальных руководящих принципов или протоколов, которые могли бы направлять персонал ПМСП при включении вопросов укрепления здоровья, раннем выявлении заболеваний и вовлечении пациентов в самостоятельный уход за собой; персонал ПМСП получил ограниченное обучение в этом направлении.

Недавний обзор системы оказания медико-санитарных услуг охарактеризовал общение врачей с пациентами как «патерналистское», так как большинство пациентов исключены из процесса принятия решений в отношении собственного здоровья. Эта проблема усугубляется факторами со стороны как пациента, так и поставщика. Со стороны пациента: низкие уровни медицинской грамотности, ошибочные представления о влиянии рациона и образа жизни на здоровье, слабое следование лечению, высокие уровни самостоятельного лечения (без рецептов) и культурно обусловленное предпочтение госпитализации и инъекций служат существенными преградами, которые необходимо устранить. Со стороны поставщика: нехватка семейных врачей, особенно в сельской местности в сочетании с высокой загруженностью пациентами и ограниченной подготовкой и поддержкой для проведения мероприятий по укреплению здоровья и профилактике означает что сотрудники ПМСП в основном заняты клиническим уходом (Обор ВОЗ услуг здравоохранения в Кыргызстане, 2018 г.) Учитывая высокое бремя НИЗ в стране, а также постоянную необходимость решения проблем ВИЧ, ТБ и улучшения здоровья матери и ребёнка, требуется уделять больше внимания укреплению здоровья и профилактике на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Вторая чрезвычайно важная область, над которой необходимо работать – это обеспечение доступа для населения, проживающего в плохо обслуживаемых географических районах, бедных семей и маргинализированных групп. В целом, наблюдается нехватка клинических специалистов, обученных в области семейной медицины. За последние 10 лет кардинально сократилось количество семейных врачей. По приблизительным оценкам МЗ имеется

только половина требуемого числа семейных врачей. Ещё более тяжёлая ситуация наблюдается в сельских и отдалённых районах, где, по оценкам, 79% семейных врачей находятся в пенсионном возрасте или приближаются к нему. Низкая заработная плата является одним из основных препятствий для найма и удержания специалистов по семейной медицине. Кроме того, медсестры имеют низкий статус, а их общая роль в уходе за больными, укреплении здоровья и профилактике заболеваний не используется в полной мере.

Между городскими и сельскими поселениями существует географический дисбаланс как в плане наличия квалифицированных сотрудников, так и доступности и качества основных медико-санитарных услуг. Количество терапевтов на 10 000 населения наиболее высоко в городах Бишкек и Ош (22.8 и 24.1 соответственно), тогда как в некоторых сельских и отдалённых районах этот показатель ниже 7 на 10 000 населения. Исследование 2017 года выявило следующие основные проблемы в сельских и отдалённых районах с недостаточным охватом обслуживанием: неудобные для работающих жителей часы работы поликлиник, низкая квалификация и нехватка клинического персонала; транспортные расходы на поездки в поликлиники из отдалённых районов; ограниченное наличие лабораторных диагностических центров, служб скорой помощи и специализированного ухода в учреждениях вторичного и третичного уровня (МЗ, 2018). Необходимо устранить эти различия.

Уровень качества медицинской помощи в рамках всей системы ПМСП по всей стране неравномерен. Это отражается в отсутствии изменений или снижении уровня улучшения статистики здоровья населения, особенно в том, что касается материнской смертности, доступа к услугам в области репродуктивного здоровья и заболеваемости/смертности, по причине НИЗ. Отсутствие целостной системы управления и надзора, ориентированной на качество медицинских услуг, наряду со слабой системой направления к специалистам, связывающей первичные, вторичные и третичные медицинские учреждения, также усугубляют эту проблему.

Для решения этих проблем, в Программе Правительства по охране здоровья обозначены четыре основные задачи, связанные с укреплением системы ПМСП в стране. Они включают:

- 1) Создать эффективную модель ПМСП, включающую профилактику, раннее выявление заболеваний и лечение случаев;
- 2) Улучшить согласованность перенаправлений между медицинскими учреждениями на уровне первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи;
- 3) Повысить качество и охват услугами ПМСП, которые приведут к улучшенному состоянию здоровья населения и равноправному доступу к уходу для всех жителей;

4) Усилить потенциал персонала для оказания услуг ПМСП.

3.3 Модернизация системы общественного здравоохранения

Модернизация и реформирование системы общественного здравоохранения заявлена национальным приоритетом в рамках Программы Правительства «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.). Как указывалось выше, на протяжении более 20 лет Кыргызская Республика движется по стабильной траектории реформ, направленной переориентировать всю систему здравоохранения на более профилактический подход в охране здоровья. Предыдущие попытки реформирования системы общественного здравоохранения в рамках прошлых национальных программ здравоохранения не привели к желаемому преобразованию системы в современную систему общественного здравоохранения.

Структура и функции системы общественного здравоохранения по-прежнему опираются на устаревшие подходы, характеризующиеся раздробленностью и разобщённостью усилий, которые не способны реагировать на бремя болезней страны. Система страдает от нехватки финансовых и человеческих ресурсов, что приводит к слабой технической базе. Компетентность работников здравоохранения не соответствует потребностям и задачам страны в области общественного здравоохранения. Серьёзными проблемами являются старение рабочей силы и неспособность нанимать и удерживать молодых специалистов в сочетании с отсутствием адекватных программ высшего образования и профессиональной подготовки в области современных подходов к здравоохранению, включая лабораторные услуги.

Вертикальная программная структура имеющейся системы общественного здравоохранения препятствует усилиям установить межсекторное и межведомственное сотрудничество, которое необходимо для защиты здоровья и безопасности населения. Отсутствуют технический и институциональный потенциал для работы над широким рядом вопросов в области общественного здравоохранения, например, экологическая безопасность и охрана труда, безопасность дорожного движения, борьба против табака, безопасность пищевых продуктов, и экстренное реагирование на стихийные бедствия или вспышки заболеваний.

Лидерство и участие в пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди населения остаются слабым из-за недостаточного финансирования, низкого технического потенциала персонала и отсутствия институционализированной координации с системой первичной медико-санитарной помощи. Доля средств государственного бюджета, выделяемых на профилактические услуги населению, крайне мала. Следовательно, разработка и осуществление мероприятий по укреплению здоровья

и безопасности зависят от внешней донорской поддержки, что препятствует усилиям по разработке долгосрочных стратегий по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди населения.

Национальные приоритеты по модернизации службы общественного здравоохранения.

В Плане правительства по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы перечислены четыре ключевые области модернизации службы общественного здравоохранения. В них входят:

1. Создание единой национальной системы оценки и управления рисками для здоровья населения в целях обеспечения эффективного управления в области общественного здравоохранения;
2. Модернизация службы общественного здравоохранения с расширением основных ее функций и обеспечением качества предоставляемых услуг по профилактике, эпиднадзору, охране и укреплению здоровья;
3. Формирование комплексной системы эпиднадзора за приоритетными неинфекционными и инфекционными заболеваниями, в том числе за особо опасными и социально значимыми, включая пакеты профилактических услуг на уровне населения;
4. Развитие системы укрепления здоровья с применением современных коммуникационных подходов, с использованием технологий и вовлечением представителей ОМСУ неправительственных партнёров на уровне сообществ.

На пути к плану по модернизации системы общественного здравоохранения. В рамках сотрудничества между ВОЗ и Министерством здравоохранения ВОЗ с 2011 года оказывает поддержку усилиям страны по оценке потенциала своей системы общественного здравоохранения и разработке плана реформирования.

В соответствии с глобальной методологией ВОЗ для проведения самостоятельных страновых оценок 10 основных операций в области общественного здравоохранения страна провела две самооценки служб общественного здравоохранения в 2011 и 2015 годах. Эти обзоры помогли выявить технические и организационные преимущества и недостатки нынешней системы.

В 2018 году МЗ возобновило усилия по преобразованию системы общественного здравоохранения. Для руководства процессом и содействия плану модернизации и реструктуризации системы общественного здравоохранения МЗ создало Техническую рабочую группу и Консультативную группу, состоящие из национальных экспертов по

вопросам общественного здравоохранения. В сентябре 2018 года, при технической поддержке со стороны ВОЗ, МЗ запустило консультативный процесс обзора для сбора информации у широкого ряда заинтересованных сторон на национальном, областном и городском уровнях, в том числе у представителей правительства, гражданского общества, научных кругов и международных партнёров по развитию. На основе этих сведений был разработан ряд рекомендаций по созданию плана преобразования и модернизации системы общественного здравоохранения.

Успешная реорганизация структур вкупе с переориентацией и укреплением функций системы общественного здравоохранения являются необходимым условием для претворения в жизнь видения страны по созданию системы здравоохранения, сосредоточенной на укреплении здоровья и профилактике заболеваний при активном участии и осведомлённости населения о роли, которую может играть широкая общественность в обеспечении собственного здоровья и благополучия. Обновлённая система общественного здравоохранения будет играть решающую роль в поддержке этого видения через обеспечение руководства, основанного на доказательной медицине, для разработки политики и осуществления программ по охране и укреплению здоровья населения.

3.4. Психическое здоровье

Системы услуг по охране психического здоровья отличаются высокой фрагментарностью и отсутствием ориентированности на пациентов. В органах здравоохранения, социальной защиты и образования, а также в Государственной службе исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики и Министерстве внутренних дел Кыргызской Республики существуют параллельные системы охраны психического здоровья. Каждая из этих систем финансируется и подотчётна своему ведомству, что привело к отсутствию согласованности или целостного видения нужд пользователей в услугах по охране психического здоровья. Институциональные связи между государственными системами охраны психического здоровья и некоммерческими организациями, предоставляющими такие услуги, как правило, ограничены и зависят от наличия финансовых средств, а не от установленных приоритетов и потребностей лиц, нуждающихся в услугах по охране психического здоровья, и их семей.

Руководящие принципы и стандартизированные практики, связанные с оказанием психологических услуг, не были четко определены. Плохо регулируются отношения между психиатрическими службами при МЗ и другими государственными органами, органами местного самоуправления, учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты и защиты детей, а также психосоциальными службами на местном уровне.

В 2017 году в ряде районов была проведена пилотная апробация новой модели предоставления комплексных услуг здравоохранения, в том числе услуг по психическому здоровью. Многодисциплинарная команда, координируемая через Центры семейной медицины, в состав которой входили психиатры, психологи, социальные работники и медсестры оказывали комплексные услуги лицам, страдающим тяжёлыми психическими расстройствами. Этот подход позволил сократить частоту госпитализаций в целевой группе почти на 44%.

На основе данного пилотирования была разработана новая *Государственная программа по охране психического здоровья населения на 2018-2030 гг.*, которая в настоящее время реализуется в рамках Программы Правительства «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.)

Цель Государственной программы по охране психического здоровья населения заключается в укреплении психического здоровья, профилактике психических расстройств, оказании доступной медицинской помощи, ускорении выздоровления, уважении прав человека и сокращении смертности, заболеваемости и инвалидности лиц с психическими расстройствами. Однако, по мнению экспертов, более 80% программных мероприятий, запланированных на 2018 год, не были реализованы из-за отсутствия эффективного управления Программой со стороны государственных органов.

3.5 Вопросы равенства и региональные различия

Равенство в сфере здравоохранения означает, что каждый/каждая в обществе имеет справедливые и равные возможности достичь наилучшего состояния здоровья. Это требует устранения препятствий на пути к достижению хорошего здоровья, таких как нищета, дискриминация и их последствия, включающие ощущение беспомощности, отсутствие доступа к достойной работе со справедливой оплатой, качественному образованию и жилью, безопасной окружающей среде и здравоохранению (Брэйвман и др., 2017 г.).

Неравенство в области здоровья возникает там, где имеются систематические различия в состоянии здоровья различных групп населения. Проявления неравенства влекут за собой значительные социальные и экономические издержки как для отдельных лиц, так и для обществ. Неравенство в области здравоохранения существует во всех странах, независимо от того, имеют ли страны низкий, средний или высокий уровень дохода.

Национальная стратегия устойчивого развития на 2018-2040 годы включает в себя заявленный приоритет по повышению доступности и качества социальных услуг (особенно услуг здравоохранения и образования) при одновременном устранении региональных

различий и неравенства между слоями населения с разным уровнем доходов и культурными традициями. У Стратегии до 2040 года есть три основные цели: экономическое благосостояние людей, социальное благополучие и безопасность, а также создание благоприятных условий для граждан.

В рамках Стратегии до 2040 года были разработаны конкретная стратегия развития регионов и план действий, в которых определены несколько приоритетных направлений, в том числе наращивание человеческого потенциала, краеугольными камнями которого являются образование, здравоохранение и социальная защита. В соответствии с Указом Президента Кыргызской Республики 2018 год был провозглашён *Годом развития регионов и цифровизации страны*.

На этом фоне Правительством была принята программа по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» на 2019-2030 годы. Программа признает наличие географических различий в оказании медико-санитарных услуг и их последствий для здоровья, системные пробелы, которые непреднамеренно закрыли доступ к ПЛГГ, а также неудовлетворённые нужды уязвимых групп и групп риска. Устранение этих проявлений неравенства в здоровье и оказании услуг определено приоритетной задачей в Программе по охране здоровья.

4. Ключевые препятствия и проблемы в реализации

На макроуровне возможными препятствиями или вызовами для успешной реализации служит следующий ряд факторов:

Периодическая политическая нестабильность. Возможность периодической политической нестабильности в стране продолжает представлять угрозу, которая может привести к снижению политической приверженности реформам здравоохранения и преемственности в реализации запланированных задач. Однако стоит отметить, что практика МЗ создавать межсекторальные технические группы на высоком уровне с тем, чтобы содействовать руководству и выработке национальной политики и программ, зарекомендовала себя в качестве хорошего инструмента для поддержания устойчивого курса на реформу здравоохранения даже в периоды политического перехода.

Низкий уровень знаний о ЦУР и слабая приверженность ЦУР на операционном уровне.

Хотя задачи ЦУР были успешно интегрированы в программу правительства по охране здоровья, лица, напрямую ответственные за реализацию приоритетных направлений, к примеру, управляющие больницами или директора Центров семейной медицины могут быть менее осведомлены или иметь слабое понимание о том, каким образом их деятельность способствует продвижению повестки в области здравоохранения. Требуется больше усилий для построения высокого уровня осведомленности и укрепления

фундамента, поддерживающего достижение ЦУР на всех уровнях системы здравоохранения.

Ограниченное видение взаимосвязей между здоровьем/благополучием и реализацией Повестки ЦУР. Здоровье и благополучие широко понимаются как задачи, связанные с ЦУР 3 и компонентами питания ЦУР 2. Другие ЦУР прямо или косвенно влияют на здоровье населения. Требуется больше усилий, чтобы вовлечь межотраслевые заинтересованные стороны в процесс сотрудничества по широкому ряду вопросов, связанных с охраной здоровья.

Недостаточная бюджетная поддержка сектора здравоохранения способствует постоянному дефициту финансирования в выполнении государственных обязательств в соответствии с ПЛГГ и ставит под угрозу способность страны осуществлять запланированные мероприятия и выполнять обязательства по оказанию услуг.

Сокращение права на получение внешней поддержки из некоторых источников. В 2014 году Кыргызская Республика перешла из категории стран «с низким уровнем доходов» в категорию стран «с уровнем дохода ниже среднего». Этот переход означает сокращение внешних средств для сектора здравоохранения.

Ограниченные возможности использования медико-санитарных данных для управления политикой и программами по укреплению здоровья и профилактике заболеваний препятствуют усилиям на национальном, областном и местном уровне по проведению обзора прогресса и корректировке стратегии реализации программ на постоянной основе.

Потребуются дополнительные ресурсы для финансирования специальных исследований, которые смогут отслеживать определённые индикаторы, связанные с достижением ЦУР по вопросам охраны здоровья.

Удержание медицинских кадров и готовность на уровне ПМСП были определены в качестве серьёзной угрозы усилиям по улучшению охраны здоровья. Оплата труда медицинских работников остаётся низкой по национальным стандартам. Старение нынешней медицинской рабочей силы, неспособность привлекать и удерживать молодых людей в область семейной медицины наряду с неравномерным распределением персонала ПМСП (особенно в сельской местности) создают значительные проблемы.

Изменение тенденций, связанных с затратами из собственных средств населения. К 2005 году всеобщий охват всех граждан был почти достигнут через страховые или бюджетные фонды, а определённые уязвимые группы были наделены правом получать основные услуги бесплатно (Ибраимова и др., 2011 г.). В последние годы наблюдается регресс этой тенденции, что связывается с увеличением расходов на фармацевтические средства (Андерсон и др., 2016 г.).

Внимание на самом высоком уровне, уделяемое усилению первичной помощи, может отвлечь политическую волю от необходимости проведения реформ системы государственного здравоохранения, в целом, а также продолжающейся рационализации и модернизации больничного сектора, которые существенны для переориентации системы на профилактику.

Коррупция по-прежнему рассматривается как одна из серьёзных проблем, влияющих на государственный сектор. Кыргызская Республика занимает 135-е место среди 180 стран в отношении коррупции согласно Глобальному индексу коррупции 2017 г., публикуемого международным НПО «Транспэрэнси Интернешнл». Неформальные платежи стали глубоко укоренившейся проблемой в секторе здравоохранения, способствующей неэффективности и повышенных затрат больных.

5. Управление в целях охраны здоровья и благополучия в Кыргызской Республике

Первоначально Координационный совет по вопросам общественного здравоохранения (КСОЗ) был учреждён в 2014 году для поддержки реализации Стратегии Кыргызстана по охране и укреплению здоровья населения до 2020 года. Совет возглавляет вице-премьер-министра, отвечающий за социальные вопросы, и на него возложены обязанности по согласованию межсекторных, общеправительственных усилий по решению вопросов общественного здравоохранения в стране.

Также есть и другие межсекторные комитеты и координационные механизмы, занимающиеся решением конкретных задач в области здравоохранения, связанных с ЦУР. Например, Страновой координационный механизм (СКМ), недавно интегрированный в КСПЧ, был создан, чтобы получать и управлять финансированием Глобального фонда и в целях профилактики ВИЧ и ТБ и борьбы с ними. В состав СКК входят представители правительства, частного сектора, технических партнёров, гражданского общества и общин, живущих с заболеваниями. СКК стал важной платформой для укрепления партнёрства между правительством и гражданским обществом в борьбе с ВИЧ и ТБ. Должность сопредседателя в СКК занимает представитель гражданского общества. Такая модель обеспечивает активное участие гражданского общества в оказании помощи в удовлетворении потребностей уязвимых и маргинализированных групп населения.

Из-за наличия большого числа действующих координационных комитетов по конкретным заболеваниям или комитетов по вопросам здравоохранения существует вероятность дублирования и/или упущенных возможностей для расширения межсекторального сотрудничества в целях достижения целей в области здравоохранения и благополучия для всех.

В настоящее время ВОЗ работает совместно с МЗ над проведением оценки Управления для охраны здоровья, которая рассмотрит возможности разработки подхода, который будет иметь межотраслевой характер действовать как на национальном, так и местном уровнях.

6. 6. Работа в области здравоохранения в различных секторах и по ЦУР

ЦУР 1. ЛИКВИДАЦИЯ НИЩЕТЫ: Задача 1.2. сократить бедность; Задача 1.3. обеспечить социальную защиту уязвимых групп.

Усилия по сокращению бедности (ЦУР 1.2) и расширение социальной защиты (ЦУР 1.3) тесно связаны с улучшением здоровья и благополучия населения. Детская нищета в Кыргызстане представляет серьёзную проблему. В 2015 году дети составляли 40.5 % живущих в нищете (ЮНИСЕФ). Дети, живущие в нищете, в большей степени подвержены риску не получить дошкольное и школьное образование, медицинскую помощь и гораздо чаще страдают от недоедания и плохим здоровьем. Беднейшие дети в основном проживают в сельской местности, многие живут в семьях с тремя детьми и более, а также в семьях с безработными взрослыми (ЮНИСЕФ).

В настоящее время ЮНИСЕФ содействует разработке инструмента для оценки многоаспектной нищеты, который будет использоваться для периодического обзора прогресса в устранении взаимосвязанных аспектов детской бедности, влияющей на последствия для здоровья, образовательные возможности и социальное развитие детей. Внедрение этого инструмента представляет уникальные возможности для межсекторного сотрудничества в целях улучшения индикаторов ЦУР по снижению нищеты и последствий для здоровья детей.

ЦУР 4. КАЧЕСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. Задача 4.2: Обеспечить, чтобы все девочки и мальчики имели доступ к качественным системам развития для детей младшего возраста, с тем чтобы они были готовы к получению начального образования.

Гарантирование того, что детям обеспечена стимулирующая, развивающая среда в раннем возрасте (ЦУР 4.2) имеет длительные последствия для здоровья и развития ребёнка. Подверженность детей в младшем возрасте нищете, высокому уровню стресса в семье и экологического стресса, включая насилие, жестокое обращение и эксплуатацию; ненадлежащий уход и возможности для обучения способствуют ухудшению здоровья и могут иметь долгосрочные последствия для здоровья и развития ребёнка.

В Кыргызской Республике раннее стимулирование и уход за детьми в возрасте 2-4 лет главным образом осуществляется взрослыми дома. Посещаемость программ раннего обучения выше для детей в городах и среди семей с более высокими доходами. Участие выше среди девочек, чем среди мальчиков (НСК МИКО, 2019 г.).

Для обеспечения того, что у всех детей есть возможность начать здоровую жизнь, требуется многосекторный подход, в том числе и участие сектора здравоохранения.

ЦУР 5. ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО. Задача 5.2: ликвидировать все формы насилия в отношении женщин и девочек; и Задача 5.3: Ликвидировать ранние и принудительные браки.

Насилие в отношении женщин и девочек связано с рядом негативных последствий для здоровья, в том числе травмами; повышенным риском нежелательной беременности и выкидыша; заражением инфекциями, передающимися половым путём (включая ВИЧ); депрессией; пагубным употреблением наркотиков и алкоголя; и хроническими проблемами со здоровьем, обусловленными продолжительным стрессом (Кэмпбелл, 2002 г.). Сокращение всех форм насилия в отношении женщин и девочек (ЦУР 5.2), включая ранние и принудительные браки (ЦУР 5.3), напрямую связано со здоровьем и благополучием населения.

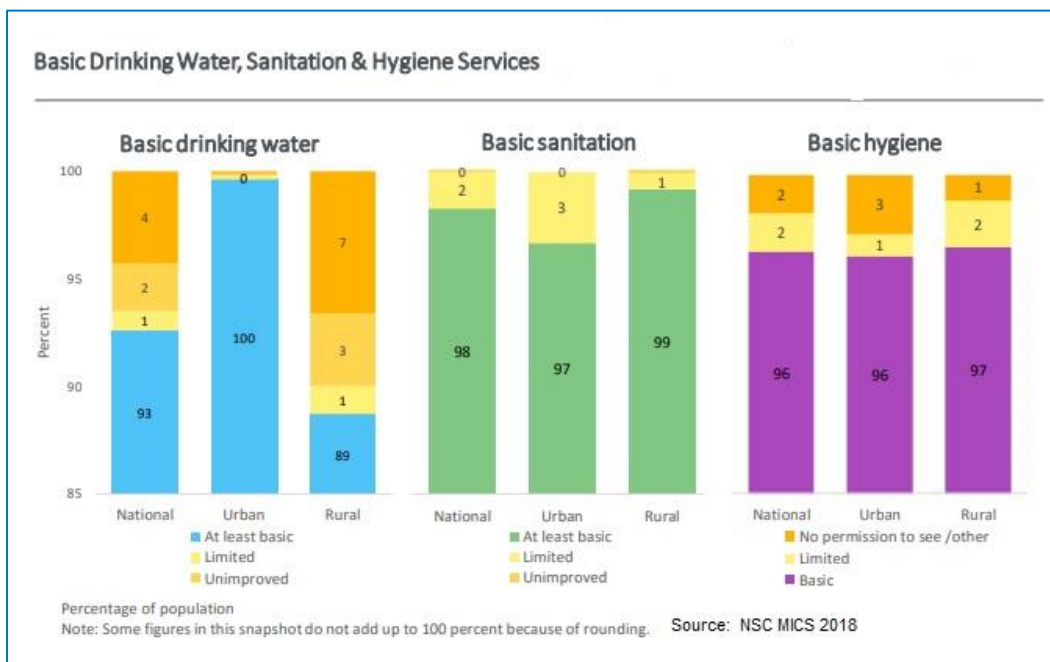
Насилие со стороны интимного партнёра или в семье являются наиболее распространёнными формами насилия в отношении женщин и девочек в стране. Одна четверть, или 25%, женщин сообщали о том, что они подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнёра на протяжении жизни (НСК МДИ, 2012 г.), тогда как 0.1% сообщили о сексуальном насилии со стороны лиц, не являющихся их партнёрами (НСК МДИ, 2012 г.).

В общенациональном масштабе, 13% женщин выходят замуж до достижения 18 лет, более высокие показатели ранних браков распространены в сельской местности (НСК МИКО, 2019 г.). Хотя достоверные данные о принудительных браках имеются в ограниченном количестве, отдельные сообщения указывают на то, что эта практика учащается. Ранние и принудительные браки уменьшают возможности молодых женщин и девочек получить образование и ставят их под повышенную угрозу насилия со стороны интимного партнёра, что, в свою очередь, негативно влияет на их общее здоровье и благополучие.

Требуется больше усилий, чтобы вовлечь сектор здравоохранения в поддержку многосекторальных подходов по предупреждению и реагированию на случаи насилия в отношении женщин и девочек. Стоит острая необходимость улучшить наличие надёжных демографических данных о распространённости насилия в отношении женщин и детей и последствиях этого насилия для их здоровья и благополучия.

ЦУР 6 ЧИСТАЯ ВОДА И САНИТАРИЯ: Задачи 6.1 и 6.2 Обеспечить всеобщий доступ к безопасной питьевой воде, санитарии и гигиене

Доступность питьевой воды и санитарно-гигиенических средств достаточно высока, но с существенными различиями в сельской местности (НСК МИКО, 2019 г.) Во многих учреждениях здравоохранения нет надлежащих услуг водоснабжения, санитарии и гигиены. Удовлетворение этих базовых потребностей имеет исключительно важное значение для укрепления здоровья и благополучия населения и обеспечения того, чтобы медицинские учреждения могут предоставлять качественные услуги.



ЦУР 8 ДОСТОЙНАЯ РАБОТА И ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ: Задача 8.7 детский труд и 8.8 содействие безопасным условиям работы

27% детей в Кыргызской Республике вовлечены в детский труд. Этот показатель выше среди мальчиков – 34%, чем среди девочек – 19% и почти в три раза выше в сельской местности, чем в городских районах. Доля занятых в опасных трудовых условиях выше среди детей из беднейших семей (НСК МИКО, 2019 г.).

Детский труд и безопасность условий труда оказывают прямое воздействие на здоровье и благополучие населения. Эти вопросы входят в круг обязанностей многочисленных министерств и требуют согласованного многосекторного реагирования.

ЦУР 10 СОКРАЩЕНИЕ НЕРАВЕНСТВА: Задача 10.2 Расширять возможности и содействовать социальной интеграции и 10.3 Обеспечить равенство возможностей и отменить дискриминационные практики.

Для достижения целей по профилактике и контролю заболеваний крайне важно снизить стигматизацию и устранять дискриминацию социально маргинализированных групп, включая ЛГБТК, ПИН и работников коммерческого секса. Устранение стигматизации и дискриминации среди медицинских работников в системе здравоохранения, а также со стороны широкой общественности в целом, имеет решающее значение для охраны здоровья отдельных лиц и населения.

По оценкам, в стране проживает 180 000 лиц с ограниченными возможностями (ПРООН, 2018 г.), в том числе 29 000 детей (ЮНИСЕФ, 2018 г.). У многих из этих людей нет доступа к основным медицинским, образовательным и социальным услугам, необходимым для полной реализации их потенциала и поддержания здоровья и благополучия. В 2018 году Кыргызская Республика ратифицировала Конвенцию о правах инвалидов. Это обязывает страну принять ряд законов для создания более физически доступных условий и работать над созданием более инклюзивных образовательных, культурных и экономических возможностей для всех. В этом контексте могут появиться новые возможности для межсекторного сотрудничества в целях укрепления здоровья и благополучия ЛОВЗ.

ЦУР 11 УСТОЙЧИВЫЕ, БЕЗОПАСНЫЕ ГОРОДА И СООБЩЕСТВА

В Кыргызской Республике наблюдаются стремительные темпы урбанизации, и страна обозначила городское и региональное развитие в качестве национальных приоритетов в рамках политики по стратегическому развитию до 2040 года.

В 2018 году Кыргызская Республика стала первой страной в Центральной Азии, создавшей Национальную сеть здоровых городов под более широкой европейской сетью ВОЗ «Здоровые города». В прошлом году состоялась конференция, собравшая более 30 мэров республиканских, областных и местных муниципалитетов по всей стране. Вместе с политическими представителями, отраслевыми министерствами, техническими экспертами ВОЗ по вопросам здоровья и благополучия, мэры рассмотрели роль городов, муниципалитетов и регионов в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения на национальном уровне.

На данный момент, 2 города обладают статусом республиканского значения, 12 – областного значения и 17 – районного значения. Был также определён ряд вызовов, стоящих перед городами, которые следует устранить, и имеющихся возможностей, которые можно использовать для улучшения здоровья и благополучия людей в городах и муниципалитетах по всей стране. Сеть здоровых городов может в потенциале открыть новые возможности для расширения межсекторного сотрудничества в целях улучшения здоровья и благосостояния населения.

ЦУР 16 МИР, СПРАВЕДЛИВОСТЬ: Задача 16.2. Положить конец надругательствам, эксплуатации, торговле и всем формам насилия и пыток в отношении детей

Примерно 700 000 кыргызских граждан работают за рубежом. Хотя большую часть трудовых мигрантов составляют мужчины, в последнее время отмечается тенденция к феминизации трудовой миграции. Почти 40% мигрантов из Кыргызстана в России – женщины (Международная федерация по правам человека, 2016 г.). Растёт число детей, живущих без родителей в условиях, повышающих их уязвимость в плане отсутствия ухода, ограниченного доступа к услугам здравоохранения и образования и подверженности жестокому обращению, эксплуатации и насилию. Девять процентов всех детей в стране не живут со своими биологическими родителями, и этот процент выше в южных регионах страны (НСК МИКО, 2019 г.).

Ещё одним поводом для озабоченности благополучием детей является широко распространённая практика физических наказаний детей дома. Почти 50% детей подвергаются физическому наказанию дома, а 5.4% из них подвергаются жестоким физическим наказаниям (НСК МИКО, 2019 г.).

Чтобы понять масштаб и аспекты этих рисков для здоровья и благополучия детей в стране потребуются дополнительные исследования.

7. Мониторинг и оценка (МиО) и роль Министерства здравоохранения

Национальные адаптированные варианты глобальных целевых задач и индикаторов, связанных с ЦУР 3 (здоровье и благополучие) и ЦУР 2 (компоненты питания), прочно интегрированы в документы Программы Правительства КР по охране здоровья и будут, таким образом, отслеживаться и оцениваться в рамках существующей в стране системы по сбору национальной и ведомственной статистической информации о здоровье и здравоохранении и постоянной оценке хода достижения стратегического плана страны по здравоохранению.

В документе правительственной программы по охране здоровья изложены исходные, промежуточные и долгосрочные целевые задачи с установленным набором индикаторов на национальном уровне, многие из которых соответствуют ЦУР 3 и компонентам по питанию ЦУР 2. Промежуточные и долгосрочные целевые задачи для этого набора индикаторов будут периодически пересматриваться и корректироваться МЗ. Планируется, что первый обзор пройдёт после завершения пятилетнего цикла реализации правительственной программы по охране здоровья на 2019-2030 гг.

Существующие системы сбора данных. Министерство здравоохранения и ФОМС регулярно собирают со всех учреждений здравоохранения данные, относящиеся к статистике в области здравоохранения и использовании медико-санитарных услуг. ФОМС

собирает данные о выписке из больниц через свою онлайн-платформу. МЗ собирает данные на постоянной основе через Центр электронного здравоохранения и НСК, используя сочетание бумажных форм и электронных систем управления данными. Однако следует отметить, что существующие системы сбора данных плохо интегрированы между собой, что затрудняет регулярное использование данных отслеживания руководителями и лицами, формирующими политику, для принятия политических и программных решений.

Специально для сбора данных о качестве медицинской помощи была создана электронная платформа. Эта система обеспечивает интеграцию информации о качестве помощи из базы данных ФОМС и базы данных электронного центра МЗ и будет использоваться для отслеживания индикаторов, связанных с качеством услуг. Данные, полученные с помощью компьютерного обеспечения, регистрирующего отпуск лекарств в электронном виде (система электронного отпуска рецептурных препаратов) будет использоваться для наблюдения за практикой выписки рецептов и применения лекарств, покрытых ДПЛ.

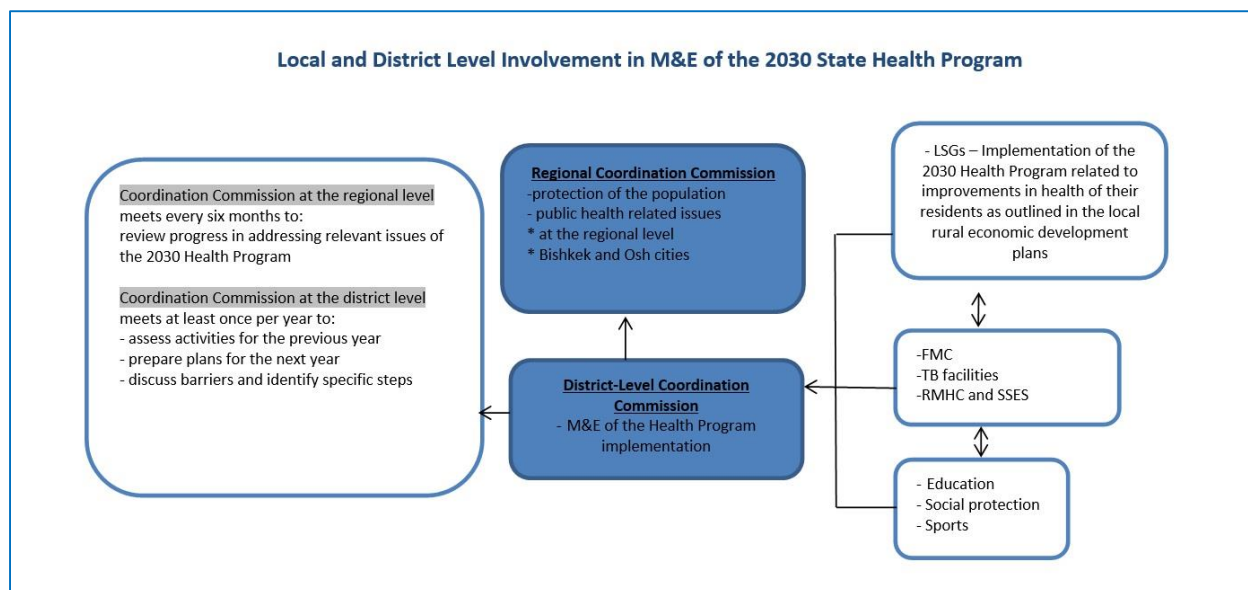
Некоторые из индикаторов, связанных с ЦУР, основаны на данных, собираемых посредством специализированных исследований и демографических обследований, таких как исследование STEPS 2014 года, Глобальный опрос о потреблении табака среди молодёжи 2014 года, а также МИКО 2014 и 2019 года. Способность МЗ проводить эти исследования зависит от получения внешней финансовой поддержки.

Использование дезагрегированных данных для отслеживания прогресса в охвате уязвимых и маргинализированных групп населения. По сравнению с другими секторами развития сектор здравоохранения вырабатывает значительное количество данных через свои системы рутинной отчётности и демографические обследования, которые могут быть разбиты по медицинским и демографическим особенностям и использоваться, чтобы помочь выявить категории населения, подверженные риску, и потенциально отслеживать прогресс в улучшении состоянии здоровья и благополучия недостаточно охваченных, маргинализированных или уязвимых групп. Примерами таких источников данных являются национальные статистические наборы данных о распространённости и смертности по причине заболеваний и связанные с ними рискованные поведения, мульти-индикаторные кластерные обследования 2018 года, предоставившие данные по различным индикаторам здоровья матери и ребёнка на районном уровне; и комплексное исследование биологического поведения 2016 года, в котором приводятся подробные сведения о профилактике и контролю неинфекционных заболеваний среди групп риска.

Отслеживание прогресса в достижении национальных приоритетов по охране здоровья. МЗ проводит общую координацию мониторинга и оценки правительственной программы по охране здоровья при участии государственных органов, органов местного самоуправления и других заинтересованных сторон, в том числе и ПР, чья деятельность

может повлиять на предоставление медицинской помощи и достижение задач страны в области охраны здоровья.

Как показано в схеме ниже, чтобы вовлечь чиновников на местном, районном и областном уровне в наблюдение и обзор прогресса в достижении национальных приоритетов по охране здоровья, был создан механизм регулярной связи.



Первоначально МЗ разработало инструмент для проведения мониторинга и оценки в системе здравоохранения в 2002 году. Этот инструмент применяется для оценки на ежегодной основе прогресса страны в достижении целей и задач, сформулированных в национальном стратегическом плане в области здравоохранения. Инструмент постоянно обновляется с учётом целей и приоритетов каждой последующей национальных программы по здравоохранению.

Совместные обзоры с ПР. Внутри Министерства здравоохранения за проведение ежегодных обзоров общего прогресса в достижении целей, обозначенных в программе по охране здоровья, отвечает Управление по реформе и реализации. На управление возложены обязанности по подготовке и представлению ежегодного отчёта о прогрессе во время недельного тематического диалога Совместного ежегодного обзора вместе с ПР в области здравоохранения в стране, который проводится в контексте Единых рамок мониторинга. Совместный ежегодный обзор - это важный институциональный, координационный механизм, позволяющий Министерству здравоохранения тесно сотрудничать с ПР страны в области здравоохранения для совместной оценки ежегодного прогресса, обеспечения того, что вся финансовая поддержка и проектная деятельность

поддерживают национальные приоритеты по охране здоровья, и корректировки финансовой и проектной поддержки по мере необходимости.

Мониторинг прогресса в достижении ЦУР по вопросам здоровья на национальном уровне. Подчёркивая приверженность Кыргызской Республики выполнению Повестки ЦУР, впервые на самом высоком политическом уровне будет осуществляться мониторинг прогресса в достижении ЦУР по секторам. О ходе достижения ЦУР в секторе здравоохранения будет докладываться Парламенту и Совету национальной безопасности под председательством Президента Кыргызской Республики. В соответствии с поправкой к Постановлению *«О Координационном совете по общественному здравоохранению при Правительстве Кыргызской Республики»* Правительству, Парламенту и Совету Безопасности будет представляться информация о ежегодном прогрессе в достижений ЦУР в области здравоохранения.

Наконец, как указывалось ранее в настоящем отчете, НСК был назначен главным органом на национальном уровне, ответственным за сбор данных о национальном ходе достижения ЦУР во всех секторах, включая сектор здравоохранения. В настоящее время НСК работает над созданием платформы данных с открытым исходным кодом (англ. *«open source data»*), с помощью которой все заинтересованные стороны, в том числе и широкая общественность, смогут с лёгкостью анализировать и отслеживать прогресс, достигнутый страной в реализации Повестки дня в области ЦУР.

8. Рекомендации по дальнейшей работе

Рекомендации, представленные в этом разделе, предназначены поддержать новый страновой процесс Глобального плана действий (ГПД) в Кыргызской Республике, направленный на укрепление сотрудничества между многосторонними организациями здравоохранения в целях ускорения прогресса страны в достижении ЦУР, связанных с вопросами здоровья.

Глобальные задачи ЦУР, в частности те, что относятся к ЦУР 3 (здоровье и благополучие) и задачам по вопросам питания ЦУР 2 (продовольственная безопасность и питание) хорошо интегрированы в программу по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.) В ходе разработки программы проводились интенсивные консультации с представителями многосторонних организаций здравоохранения, ПР и заинтересованные лица из гражданского общества. В результате этого на уровне национальной политики существует достаточно хороший уровень осведомлённости о том, каким образом техническая и финансовая поддержка со стороны ПР будет содействовать достижению приоритетов национальной политики в области здравоохранения и связанных задач ЦУР по вопросам охраны здоровья в рамках правительственной программы.

Двигаясь дальше, на национальном уровне необходимы дальнейшие обсуждения по двум обширным направлениям:

- 1) Определить потенциальные пробелы, где могут потребоваться технические и финансовые ресурсы и более активное вовлечение на различных уровнях правительства, а также со стороны межсекторальных партнёров и гражданского общества для реализации национальных приоритетов страны в области охраны здоровья, и достижения в конечном итоге большинства задач ЦУР 3 и задач ЦУР 2, связанных с вопросами питания, интегрированных в правительственную программу по охране здоровья.
- 2) Выработать единое видение обеспечения здоровья и благополучия населения, выходящее за рамки программы по охране здоровья и охватывающее задачи в области здравоохранения во всех секторах ЦУР, включая: снижение нищеты (ЦУР 1), образование (ЦУР 4), гендерные вопросы (ЦУР 5), водоснабжение и санитарию (ЦУР 6), экономический рост и обеспечение достойных и безопасных условий труда (ЦУР 8); сокращение социального неравенства (ЦУР 10); содействие созданию безопасных устойчивых городов (ЦУР 11); мир и правосудие (ЦУР 16).

Конкретные рекомендации включают следующее:

Усилить осведомлённость и поддержку для исполнения Повестки ЦУР по вопросам здоровья на операционном уровне (области и районы). Требуется приложить больше усилий, чтобы разъяснить важную роль районных и местных органов здравоохранения и их руководителей в достижении целей ЦУР по охране здоровья в рамках систем общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.

Расширить межведомственное сотрудничество для достижения приоритетов политики в области здравоохранения, изложенных в правительственной Программе по охране здоровья, и содействия более широкому вовлечению различных секторов в достижение задач ЦУР по вопросам здоровья. Министерство здравоохранения обладает значительным опытом руководства межведомственными подходами к разработке политики в области здравоохранения и практическому осуществлению первоочередных задач здравоохранения. Примеры включают: межсекторное вовлечение заинтересованных сторон в разработку правительственной программы по охране здоровья на 2019-2030 гг. и создание коалиции для организации Всемирных игр кочевников, свободных от табачного дыма, в 2018 году в рамках более широкой задачи выполнения обязательств государства перед Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака.

Необходимо выявлять такие конкретные возможности в качестве основных точек для развития и расширения межсекторной поддержки и сотрудничества по реализации

повестки ЦУР в области здоровья. В ходе данного обзора был определён ряд возможных отправных точек для укреплённого сотрудничества, связанных с:

- **Снижением насилия и жестокого обращения в отношении женщин и детей (ЦУР 5 и ЦУР 16).** Необходимо межсекторальное сотрудничество для создания более прочной доказательной базы о распространённости насилия в отношении женщин и детей; а также для разработки и укрепления стратегий предупреждения и реагирования на все формы насилия в отношении женщин и детей, включая: насилие со стороны интимного партнёра, принудительные браки, торговлю людьми, жестокое обращение и насилие в отношении детей дома и в школах, снижение уязвимости детей трудовых мигрантов.
- **Изучением связи между бедностью и здоровьем (ЦУР 1).** Разработка нового инструмента ЮНИСЕФ по многоаспектной оценке бедности представляет собой уникальную возможность установить межотраслевой подход к улучшению здоровья и благополучия детей.
- **Снижением воздействия загрязнения воздуха на здоровье (ЦУР 3).** МЗ может сыграть важную роль в создании доказательной базы о воздействии загрязнении воздуха на здоровье населения и консультировании законодательных органов государства о способах минимизации вреда для здоровья населения.
- **Сокращением неравенства (ЦУР 10).** Недавно принятая страной Конвенция о правах инвалидов представляет новые возможности для межсекторного вовлечения в улучшение здоровья и благополучия данной категории населения.
- **Содействием здоровым городам (ЦУР 11).** Новая сеть здоровых городов открывает множество возможностей для межсекторного сотрудничества по улучшению здоровья и благополучия населения.

Для устранения неравенства в сфере здравоохранения, выражающегося в доступе к медико-санитарным услугам и последствиях для здоровья, требуется двухвекторный подход. Общесистемное повышение качества услуг и расширения ПЛГГ на лиц из беднейших семей требует постоянной поддержки. В то же время, для устранения глубинных причин неравенства среди уязвимых групп населения необходимы инновационные, целенаправленные усилия.

Неизменная приверженность на политическом уровне, а также уровне ПР, чтобы укрепить защиту от финансовых рисков и уменьшить бремя населения в отношении получения основных медико-санитарных услуг в контексте работы страны над достижением ВОУЗ. Достижение этих двух взаимосвязанных целей потребует согласованного подхода к устранению сохраняющегося разрыва в финансировании, вызванного обязательствами государства при ПЛГГ, расширению действий льгот ПЛГГ на

беднейшие семьи, принятию мер и сокращению затрат, связанных с оказанием основных медико-санитарных услуг, что особенно важно, поскольку связано со стоимостью медикаментов, покрытых ДПЛ.

Новый акцент на профилактике и контроле НИЗ не должен ослаблять продолжающиеся усилия по улучшению репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребёнка и контролю инфекционных заболеваний, а именно ВИЧ и ТБ. Тяжёлое бремя НИЗ на здоровье населения обуславливает необходимость уделять профилактике и контролю НИЗ первостепенное внимание в рамках правительственной программы по охране здоровья. Несмотря на важность вышеуказанного нового акцента, он не должен отвлекать внимание от незавершённой повестки, которая касается улучшения репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребёнка, а также профилактики и контроля ВИЧ и ТБ.

Неизменная политическая воля и поддержка со стороны ПР имеют важнейшее значение для завершения преобразований в системе общественного здравоохранения. Успешная реорганизация структуры системы общественного здравоохранения, наряду с её переориентацией и укреплением функций, имеет важнейшее значение для претворения в жизнь видения страны о создании системы здравоохранения, ориентированной на укрепление здоровья и профилактику заболеваний при активном участии и осведомлённости населения о той роли, которую оно может играть в обеспечении своего здоровья и благополучия.

Требуется дальнейшая поддержка для фактологических, основанных на доказательствах подходах к разработке политики и реализации программ. Для наращивания потенциала на национальном, районном и местном уровнях необходима поддержка, которая сумела бы помочь работниками и управляющим программами в сфере здравоохранения использовать имеющиеся данные в качестве инструмента для постоянного обзора прогресса в достижении национальных приоритетов и задач ЦУР в области здравоохранения и корректировать программные стратегии.

В рамках существующих координационных механизмов и процессов, созданных для продвижения национальных приоритетов в области здравоохранения и общей Повестки ЦУР необходимо предпринимать усилия по укреплению сотрудничества между многосторонними организациями здравоохранения для ускорения прогресса страны в достижении ЦУР по вопросам охраны здоровья. Уже созданы координационные механизмы и процессы, возглавляемые Правительством, МЗ и ООН, поэтому следует проявлять осторожность с тем, чтобы новые инициативы по координации не дублировали эти усилия.

9. Выводы

Сектор здравоохранения выступал лидером в плане гармонизации и интеграции ЦУР в правительственную программу по охране здоровья, установившим институциональный прецедент межсекторального и широкого участия заинтересованных сторон в разработке политики и составлении программ на всех уровнях правительства (на районном и местном уровне), а также с гражданским обществом (в том числе группы по правам пациентов и граждан, научное сообщество и структуры частного сектора), и создавшим надёжные механизмы координации с ПР для достижения национальных приоритетов политики здравоохранения.

Были достигнуты значительные успехи в переориентации системы здравоохранения в целом на подход, уделяющий больше внимания профилактике и подчёркивающий укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Хотя потребуются дальнейшие усилия, нынешняя правительственная программа по охране здоровья «Здоровый человек – процветающая страна» (2019-2030 гг.) должна рассматриваться как долгосрочное обязательство и ускорение реформ, которые были начаты более 20 лет назад с целью преобразования системы здравоохранения.

Успешное достижение национальных приоритетов, обозначенных в правительственной программе по охране здоровья на 2019-2030 гг., приведёт к реализации Повестки ЦУР, в частности, реализации задач, предусмотренных ЦУР 3, и задач, связанных с вопросами питания ЦУР 2, поскольку именно они наиболее тесно увязаны с целями и запланированными мероприятиями правительственной программы по охране здоровья.

Обеспечение более высокого уровня здоровья и благополучия населения требует общеправительственного подхода при активном участии гражданского общества. В этой связи улучшение здоровья и благополучия населения также зависит от успешной реализации задач ЦУР по вопросам здоровья в других секторах, в особенности связанных с сокращением масштабов нищеты (ЦУР 1), образованием (ЦУР 4), гендером (ЦУР 5), водой и санитарией (ЦУР 6), экономическим ростом и достойными, безопасными условиями труда (ЦУР 8), сокращением социального неравенства (ЦУР 10) и содействием созданию безопасных, устойчивых городов (ЦУР 11). Необходимо прилагать больше усилий для выявления возможностей для более широкого межсекторального сотрудничества в интересах достижения задач, связанных со здравоохранением целей, в этих областях.

Сектор здравоохранения генерировала огромное количество данных через системы рутинной отчётности, специальные исследования и периодически проводимые

крупномасштабные, демографические обследования, которые помогают сформировать общую картину не только здоровья и благополучия населения, но и нужд наиболее уязвимых людей и тех, кто был «оставлен позади». Программа правительства по охране здоровья признает наличие географических различий в оказании медико-санитарных услуг и последствиях для здоровья, провалов системы, которые привели к непреднамеренному лишению доступа к ПЛГГ, и неудовлетворённых нужд уязвимых групп и групп риска. Устранение этих неравенств в сфере здравоохранения и оказании услуг определено приоритетным направлением правительственной программы по охране здоровья.

Министерство здравоохранения тесно сотрудничает со своими ПР и создало эффективные координационные механизмы для постоянного пересмотра и переориентации поддержки на решение национальных приоритетных задач в области здравоохранения. В ближайшие годы техническая и финансовая поддержка со стороны ПР будет направлена на оказание помощи стране в достижении цели «укрепления ориентированных на интересы людей систем здравоохранения, обеспечивающих охрану здоровья населения и оказание качественных услуг на протяжении всей жизни в целях максимального улучшения состояния здоровья населения, сокращения неравенства в области здравоохранения и обеспечения финансовой защиты».

Для продвижения вперёд в работе по реализации Повестки ЦУР в области здравоохранения в рамках Программы правительства по охране здоровья на 2019-2030 годы потребуются согласованный подход к решению ряда проблем, в том числе следующих:

1. **Сохраняющийся разрыв в финансировании** государственных обязательств в рамках Программы по охране здоровья и ПЛГГ (это потребует решение проблемы резкого роста стоимости лекарств, рационализации практики выписывания лекарств вреди врачей и изучение возможностей увеличения доли финансирования, выделяемого на здравоохранение из государственного бюджета).
2. **Плохо подготовленные медицинские работники, которые не способны реагировать на нужды в современной системе здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи** (что подразумевает разработку рациональных штатных расписаний, надлежащее вознаграждение для долгосрочного удержания и набора, а также обучение и поддержку персонала на всех уровнях системы здравоохранения).

3. **Низкий уровень активного участия населения в усилиях по укреплению здоровья и профилактике заболеваний** (это требует повышенной осведомлённости об образе жизни, связанного с факторами риска НИЗ, и перехода к подходу оказанию услуг, в большей степени ориентированному на пациента, который поощряет активное участие пациентов/посетителей в улучшении и охране личного здоровья).
4. **Очаги сопротивления реформе и слабое единое видение** роли общественного здравоохранения и систем оказания первичной медико-санитарной помощи в достижении Повестки ЦУР в области здравоохранения и более широкой национальной цели преобразования системы здравоохранения в систему, ориентированную на общественное здравоохранение (для этого потребуются повысить осведомлённость и проводить информационно-пропагандистские мероприятия на всех уровнях системы, в том числе национальном, районном и местном).
5. **Сохраняющееся неравенство в области здравоохранения, связанное с доступом к основным медицинским услугам и последствиями для здоровья населения** (это потребует общесистемного подхода к повышению качества услуг и расширения доступа к основным услугам для бедных семей в сочетании с целенаправленными подходами к устранению глубинных причин неравенства в здравоохранении).
6. **Ограниченное использование подхода, основанного на фактических, научно-обоснованных данных, к разработке политики и осуществлению программ** (необходимо наращивание потенциала для оказания помощи руководителям на национальном, районном и местном уровне в более широком использовании имеющихся данных в качестве инструмента для периодической оценки прогресса и совершенствования стратегий реализации для достижения национальных приоритетов и целей ЦУР в области здравоохранения).