

Системы здравоохранения в действии



# Кыргызстан



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

European

**Observatory**



on Health Systems and Policies

a partnership hosted by WHO

**Редакционная коллегия:** Natasha Azzopardi Muscat, Josep Figueras, Hans Kluge, Suszy Lessof, David Novillo Ortiz и Nazira Artykova.

**Редакционная группа (в алфавитном порядке по группам):** Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Suszy Lessof, Anna Maresso, Bernd Rechel and Ewout van Ginneken, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Stefania Davia, Отдел страновых стратегий и систем здравоохранения стран, Европейское региональное бюро ВОЗ

**Координатор серии:** Bernd Rechel, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

**Анализ финансирования здравоохранения:** Tamas Evetovits, Triin Habicht, Sarah Thomson, Барселонский офис ВО по финансированию систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ

**Издание серии:** Jonathan North и Lucie Jackson.

Авторы настоящего выпуска обзора «Системы здравоохранения в действии», посвященного Кыргызстану – Bernd Rechel и Suszy Lessof.

### Серия «Системы здравоохранения в действии»

Пилотная серия «Обзор систем здравоохранения в действии» предназначена для государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, не входящих в Европейский союз.

Основное предназначение обзоров:

- в краткой и доступной форме предоставить основную информацию и данные о системах здравоохранения
- описать контекст системы здравоохранения страны, в котором осуществляется программа работы Европейского регионального бюро ВОЗ
- выделить основные проблемы, достигнутый прогресс и вызовы, касающиеся каждой системы здравоохранения в отдельности
- создать исходную базу для сравнения, чтобы государства-члены могли видеть, как их системы здравоохранения развиваются с течением времени и в сравнении с другими странами.

Подготовка пилотной серии проводится совместно Европейским региональным бюро (ЕРБ) ВОЗ и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Эта работа осуществляется с опорой на знания и опыт страновых офисов ВОЗ, Отдела страновых стратегий и систем здравоохранения (CPS), Барселонского офиса по финансированию систем здравоохранения и других технических программ ЕРБ ВОЗ, а также на серию «Системы здравоохранения в переходный период» и работу Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все обзоры следуют единому шаблону, обеспечивающему подробное руководство по описанию и позволяющему проводить сравнение между странами. Серия находится в открытом доступе на веб-сайтах Европейского регионального бюро ВОЗ и Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения ([eurohealthobservatory.who.int](http://eurohealthobservatory.who.int)).

© Всемирная организация здравоохранения, 2022 (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения)

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций, частично или полностью.

Направляйте запросы в отношении публикации по следующему адресу:

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

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

Мнения, выраженные авторами или редакторами, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или каких-либо ее партнеров.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или каких-либо ее партнеров относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Применяемые в заглавиях таблиц названия «страны или области» охватывают страны, территории, города или области. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования.

## Выражение признательности

Настоящий «Обзор систем здравоохранения в действии» подготовлен по заказу Европейского регионального бюро ВОЗ и в контексте Европейской программы работы. В нем собрана основная информация о системах здравоохранения государств-членов, не входящих в ЕС, отмечены ключевые моменты и имеется возможность сравнения между странами и с течением времени.

Этот документ не мог бы быть подготовлен без поддержки и информации, предоставленной Страновым офисом ВОЗ в Кыргызстане, и редакционная группа выражает благодарность его сотрудникам Nazira Artykova, Saltanat Moldoisaeva, Nurshaim Tilenbaeva, Aliina Altymysheva, Joana Madureira Lima, Aigul Sydykova и Kubanychbek Monolbaev за их ценные комментарии и вклад.

Коллеги из Европейского регионального бюро ВОЗ ознакомились с проектом документа и внесли в него важный вклад; в этой связи приносится благодарность Askar Yedilbayev, Aasa Hanna Mari Nihlen, Bahtygul Karriyeva, Cris Scotter, Sinaia Netanyahu, Oliver Schmoll и Danilo Lo Fo Wong за их конструктивные комментарии.

Мы также благодарим Барселонский офис ВОЗ по финансированию систем здравоохранения, особенно Triin Habicht и Sarah Thomson, и Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан и, в частности, Arnoldas Jurgutis и Zulfiya Pirova.

Редакционная группа принимала активное участие в работе, поскольку данный обзор был пилотным для новой серии; Stefania Davia и David Novillo Ortiz сыграли ключевую роль в предоставлении данных, лежащих в основе проведенного анализа, а Marina Karanikolos, Jon Cylus, Ewout van Ginneken и Anna Maresso внесли основной вклад в разработку подхода к подготовке документа и в редактирование проекта.

Основные авторы обзора «Системы здравоохранения в действии», посвященного Кыргызстану, – Bernd Rechel и Suszy Lessof.

# СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДЕЙСТВИИ: КЫРГЫЗСТАН

## Ключевые моменты

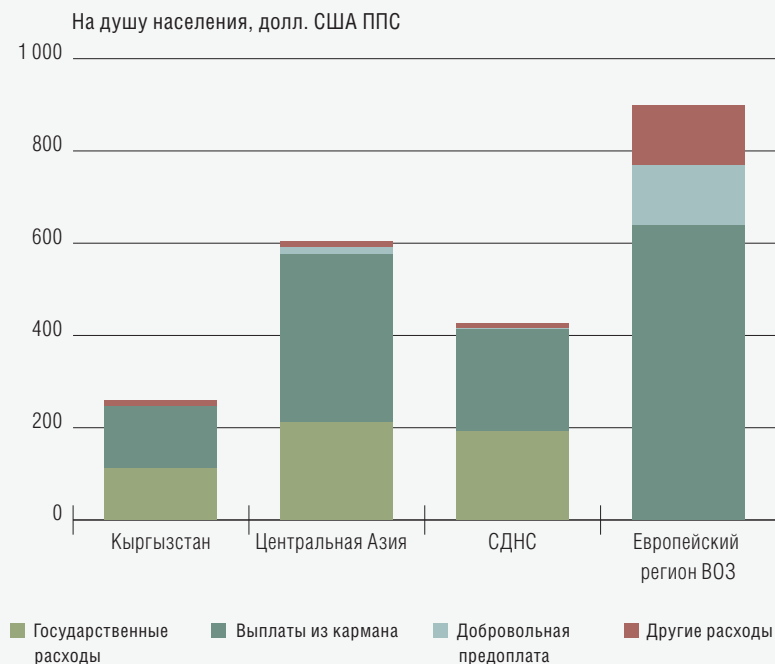
- Система здравоохранения Кыргызстана предоставляет гарантированный государством пакет услуг, однако существуют значительные пробелы в охвате населения, а объем финансируемой государством помощи ограничен.
- Большинство пациентов вынуждены вносить сооплату за стационарное лечение, в то время как государство покрывает всего 50% так называемой базисной цены ограниченного списка (около 70) лекарственных средств.
- Государственные расходы на здравоохранение сократились, при этом увеличивается доля государственных расходов, направляемых в другие сектора.
- Частные расходы заполнили образовавшийся дефицит финансирования, и в настоящее время чуть более половины расходов на здравоохранение оплачивается из собственных средств. Сильная зависимость от платежей из собственных средств граждан может привести к катастрофическим и разорительным расходам на здравоохранение.
- Текущие реформы в области управления государственными финансами призваны обеспечить более рациональное и эффективное расходование государственных средств.
- Несмотря на усилия по обеспечению доступа к услугам здравоохранения, остаются заметные различия в обеспечении сельских и городских районов, а также барьеры, связанные со стоимостью и пробелами в обязательном медицинском страховании.
- Показатели плановой вакцинации детей высоки и улучшались до пандемии COVID-19, как и доступ к услугам в связи с ВИЧ. Вместе с тем серьезную проблему для общественного здравоохранения представляет туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью.
- В целом, Кыргызстан сталкивается с серьезными проблемами в области здравоохранения как в плане инфекционных, так и неинфекционных заболеваний. До пандемии COVID-19 ожидаемая продолжительность жизни росла, но все еще остается одной из самых низких в Европейском регионе ВОЗ.
- Население подвержено риску с связи с неполноценным питанием, высоким артериальным давлением, курением и, в меньшей степени, загрязнением воздуха и употреблением алкоголя, причем мужчины в большей мере подвержены поведенческим факторам риска (таким, как курение и употребление алкоголя).
- Снизились показатели смертности от инсульта и респираторных заболеваний, а также преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний в целом.
- До пандемии потенциал системы здравоохранения Кыргызстана по реагированию на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения оценивался как низкий; вместе с тем число зарегистрированных случаев COVID-19 свидетельствует о том, что Кыргызстан, возможно, пострадал меньше, чем другие страны.
- Тем не менее пандемия нарушила работу основных служб здравоохранения. Это, а также низкий уровень государственных расходов на здравоохранение, препятствия для доступа и низкое качество медицинской помощи, свидетельствуют о том, что недавние достижения в области здравоохранения находятся под угрозой.

В данном обзоре рассматриваются действия, предпринимаемые Кыргызстаном для укрепления системы здравоохранения, достижения Целей в области устойчивого развития и решения приоритетных задач Европейской программы работы на 2020–2025 гг., так чтобы никого не оставить без внимания.

| Содержание  | стр. |
|---|------|
| <b>1</b> ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ<br>ЗДРАВООХРАНЕНИЯ                                   | 6    |
| <b>2</b> ФИНАНСИРОВАНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ<br>ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ                        | 7    |
| <b>3</b> ГЕНЕРИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ,<br>ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ<br>И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА | 9    |
| <b>4</b> УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ<br>НАСЕЛЕНИЯ   | 13   |
| <b>5</b> ВНИМАНИЕ К COVID-19  | 17   |
| <b>6</b> ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРОГРАММА<br>РАБОТЫ (ЕПР)                                    | 18   |

Рисунок 1

Подушевые расходы на здравоохранение низки по сравнению с соседними странами

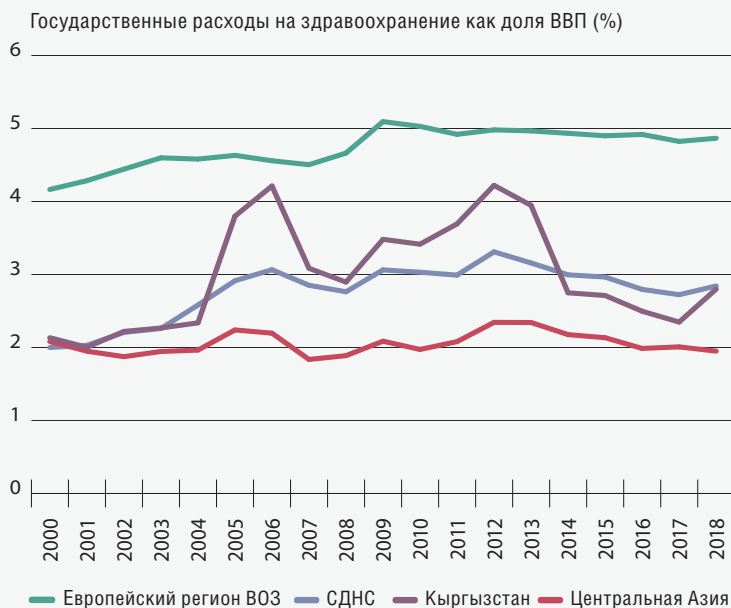


**Примечания:** данные за 2018 г. ППС – паритет покупательной способности; СДНС – страны Европейского региона ВОЗ с уровнем дохода ниже среднего (включая Таджикистан – страну с низким уровнем дохода).

**Источник:** Global Health Expenditure Database (WHO, 2021b).

Рисунок 2

Государственные расходы на здравоохранение как доля ВВП резко колеблются, что отражает изменения в государственных приоритетах и падающие уровни внешней поддержки



**Примечания:** ВВП – внутренний валовой продукт; СДНС – страны Европейского региона ВОЗ с уровнем дохода ниже среднего (включая Таджикистан – страну с низким уровнем дохода)

**Источник:** Глобальная база данных по расходам на здравоохранения (WHO, 2012b).

# 1 ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Система здравоохранения Кыргызстана опирается на государственное обеспечение медицинской помощи

Система здравоохранения Кыргызстана находится в ведении Министерства здравоохранения, которое отвечает за разработку национальной политики в области здравоохранения и регулирование предоставления медицинских услуг. Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) объединяет государственные средства на национальном уровне для оплаты стандартизированного пакета услуг в организациях здравоохранения. Большинство таких учреждений являются государственными, а большинство медицинских работников – наемными работниками. Кыргызстан принял стратегические программы реформирования здравоохранения, включая «Манас» (1996–2005 гг.), «Манас таалими» (2006–2011 гг.), «Ден соолук» (2012–2018 гг.) и текущую программу «Здоровый человек – процветающая страна» (2019–2030 гг.), уделяя особое внимание укреплению системы здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и улучшения показателей здоровья населения (см. вставку 1). Такие области, как обеспечение прав пациентов и участие общественности в управлении системой здравоохранения, все еще находятся на ранней стадии развития.

## Предоставляется лишь базовый пакет льгот, а в охвате населения имеются значительные пробелы

Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью (ПГГ) и Дополнительный пакет лекарственных средств обеспечивают обслуживание в рамках системы обязательного медицинского страхования, которая регулирует охват населения услугами здравоохранения, финансируемыми государством. Система медицинского страхования в основном (более 70%) финансируется из национального бюджета здравоохранения (а не за счет взносов медицинского страхования). ФОМС направляет 80% государственных расходов через договорные отношения с медицинскими учреждениями всех уровней, в рамках которых финансируются индивидуальные медицинские услуги, покрываемые ПГГ и Дополнительным пакетом лекарственных средств. Он также отвечает за финансирование учреждений третичной медицинской помощи.

На рисунках 1 и 2 слева представлены характеристики финансирования системы здравоохранения (см ниже).

Население имеет право на базовые медицинские услуги, включая неотложную, первичную и стационарную помощь. Однако пакет покрываемых услуг крайне ограничен: стационарное лечение требует сооплаты, и не каждый человек включен в программу обязательного медицинского страхования.

Дополнительный пакет лекарственных средств покрывает только 50% от так называемой базисной цены определенного списка лекарств (ограниченный список, включающий всего около 70 международных непатентованных наименований) в рамках первичной медицинской помощи. Разницу между 50% от базисной цены и розничной ценой пациенты должны оплачивать из собственных средств. Кроме того, существуют значительные пробелы в охвате населения: 34,5% населения, состоящего на учете у семейных врачей в 2018 г., не были охвачены обязательным медицинским страхованием (Moldoisaeva et al, 2021).

## Роль первичной медицинской помощи в профилактике и лечении неинфекционных заболеваний остается слабой

В первые годы реформы усилия были направлены на укрепление первичной помощи и улучшение охраны здоровья матери и ребенка. Группы семейных врачей (ГСВ) отвечают за первичные визиты, профилактические осмотры, а также за обследование и лечение пациентов. Если необходима консультация специалиста, семейный врач направляет пациента в учреждения вторичной помощи. Однако на практике пациенты часто обходят этап первичной помощи и обращаются непосредственно к специалистам, отчасти из-за ограниченного объема практики на уровне первичной помощи. Для улучшения доступа к первичной помощи и охране здоровья матери и ребенка в сельских районах были созданы фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), которыми руководят фельдшер (медсестра-акушерка), а также семейный врач, регулярно посещающий ФАП. Вместе с тем первичная помощь остается неэффективной в лечении многих заболеваний, которые лучше всего лечить именно на этом уровне, включая неинфекционные заболевания, и она по-прежнему слабо ориентирована на профилактическую деятельность. С точки зрения доли расходов на здравоохранение, в 2016 г. на первичную помощь приходилось лишь 21,7% расходов сектора здравоохранения, что ниже, чем доля расходов на стационарную помощь (30,5%) или лекарственное обеспечение (36,1%) (Moldoisaeva et al, 2021).

Специализированную амбулаторную помощь оказывают специалисты в центрах семейной медицины (ЦСМ), а также в частных медицинских центрах (некоторые из них работают по контрактам с ФОМС на оказание услуг, финансируемым государством). Вторичная и стационарная помощь предоставляется больницами районного и областного уровня. Третичная медицинская помощь предоставляется в столице, Бишкеке, в связи с чем она более доступна для жителей Бишкека и Чуйской области, в то время как жители других областей сталкиваются с барьерами при получении доступа к ней.

## 2 ФИНАНСИРОВАНИЕ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ ЗАЩИТЫ

### Расходы на здравоохранение на душу населения низки

Расходы на здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ в 2018 г. варьировались от 1,6% до 11,9% от валового внутреннего продукта (ВВП). В Кыргызстане в 2018 г. они составили 6,5% от ВВП, что больше, чем 4,4% в 2000 г., но все еще ниже уровня 2012 г. – 8,5%. Расходы на здравоохранение на душу населения в стране являются одними из самых низких в Европейском регионе ВОЗ и в 2018 г. составили 260 долл. США по ППС (паритету покупательной способности) (рис.1). Более низкие значения данного показателя характерны только для Таджикистана.

#### Вставка 1

### Для повышения ресурсоэффективности предпринимаются усилия по стратегическому планированию

Государственная программа по охране здоровья и программа «Здоровый человек – процветающая страна» (2019–2030 гг.) направлена на рационализацию инфраструктуры системы здравоохранения с целью сокращения потерь и повышения приоритета первичной помощи. Текущие реформы в области управления государственными финансами направлены на повышение экономической эффективности и результативности государственных расходов, однако в последнее время прогресс остановился из-за политической нестабильности и пандемии COVID-19. Соответствующие меры включают:

- внедрение бюджетирования на основе программ (увязка бюджетов с результатами деятельности системы здравоохранения) в соответствии со стратегическими приоритетами, изложенными в национальных программах;
- внедрение показателей эффективности для бюджетных программ и мер, отражающих основные цели Государственной программы;
- популяризация стационарозамещающих услуг – новая инициатива ФОМС, направленная на расширение использования первичной, а не стационарной помощи;
- реформирование оплаты лечения больных туберкулезом (ТБ) с целью стимулирования амбулаторного лечения.

## Государственные расходы на здравоохранение в последние годы сократились

В начале 2000-х годов государственные расходы на здравоохранение как доля от общих государственных расходов увеличились (с 7,1% в 2000 г. до 12,8% в 2005 г.) в рамках общесекторального подхода (ОСП), который был согласован внешними агентствами с правительством. Затем государственные расходы постепенно снизились до 8,4% в 2018 г., при этом финансирование на другие области государственных расходов увеличилось. В настоящее время государственные расходы на здравоохранение составляют всего 2,8% от ВВП, что намного ниже среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ, но выше среднего показателя по Центральной Азии (рис. 2). Государственные расходы на здравоохранение на душу населения также снизились с максимальной суммы в 127 долл. США (с поправкой на покупательную способность) в 2013 г. до 88 долл. США в 2017 г., хотя и выросли до 111 долл. США в 2018 г. Это, по крайней мере частично, связано с уменьшением роли внешних спонсоров, поскольку в 2014 г. Кыргызстан перешел

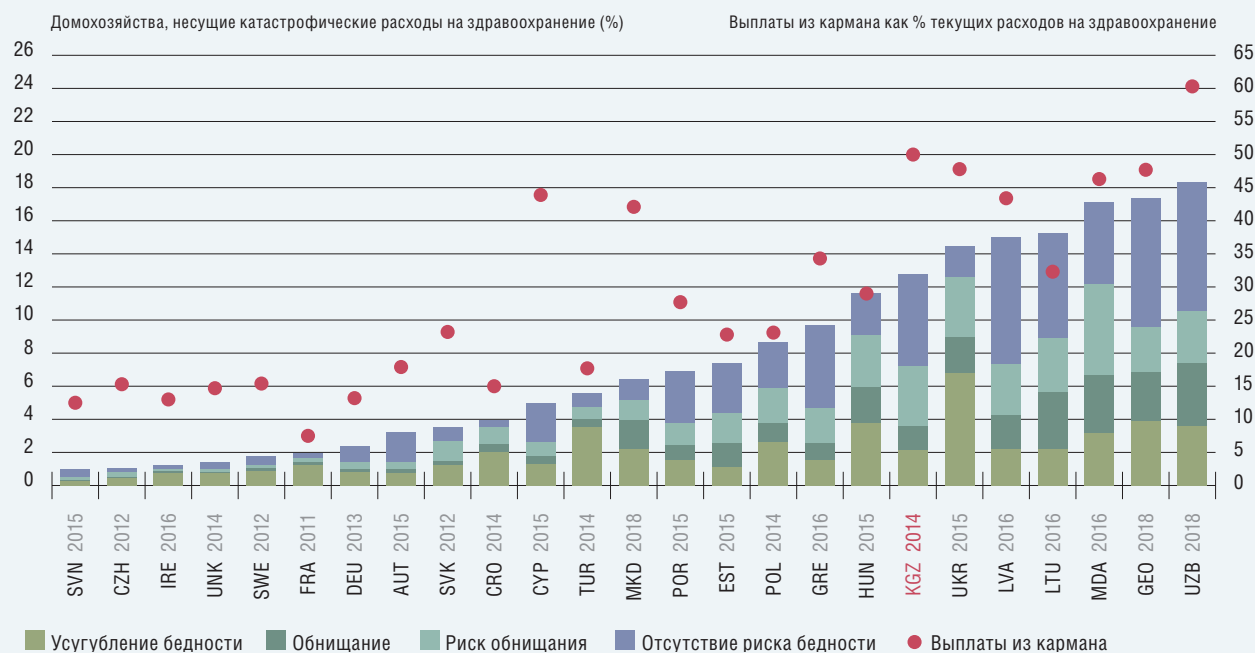
из категории стран с низким уровнем дохода (СНД) в категорию стран с уровнем дохода ниже среднего (СДНС). Объем внешних расходов на здравоохранение как процент от текущих расходов на здравоохранение снизился с 15,7% в 2004 г. до 4,7% в 2018 г.

Частные расходы, почти полностью представленные «выплатами из кармана», включая неформальные платежи, составили 52,5% расходов на здравоохранение в 2018 г., что выше уровня 2000-х годов. Такая высокая доля расходов за счет личных средств создает барьеры доступа к услугам для более бедных домохозяйств и приводит к финансовым трудностям для людей, пользующихся услугами здравоохранения (рис. 3).

## Расходы на здравоохранение из личных средств граждан (выплаты из кармана) являются катастрофическими для многих групп населения и приводят

### Рисунок 3

Доля домохозяйств, несущих катастрофические расходы на услуги здравоохранения, в сопоставлении с риском нищеты и размер выплат из кармана как доля текущих расходов на здравоохранение



**Примечания:** данные по выплатам из кармана приведены за тот же год, что и данные по катастрофическим расходам на здравоохранение. Домохозяйство считается впадшим в бедность, если его суммарные расходы становятся ниже порога бедности после выплат из кармана; усугубление бедности отмечается в том случае, если суммарные расходы были ниже порога бедности еще до выплат из кармана; риск впадения в бедность наступает, если суммарные расходы после выплат из кармана составляют 120% от порога бедности. Порог бедности рассматривается здесь как относительный уровень, отражающий базовые потребности (продовольствие, жилье, коммунальные расходы). AUT – Австрия; CRO – Хорватия; CYP – Кипр; CZH – Чехия; DEU – Германия; EST – Эстония; FRA – Франция; GEO – Грузия; GRE – Греция; HUN – Венгрия; IRE – Ирландия; KGZ – Кыргызстан; LVA – Латвия; LTU – Литва; MDA – Республика Молдова; MKD – Северная Македония; POL – Польша; POR – Португалия; SVK – Словакия; SVN – Словения; SWE – Швеция; TUR – Турция; UNK – Соединенное Королевство; UKR – Украина; UZB – Узбекистан.

**Источник:** WHO, 2019b (катастрофические расходы на здравоохранения); WHO, 2021b (выплаты из кармана).



## к обнищению населения

В 2014 г. (последний год, за который имеются данные) около 13% домохозяйств столкнулись с катастрофически высокими расходами на здравоохранение; этот показатель выше, чем во многих странах Европейского региона ВОЗ, но ниже, чем ожидалось, учитывая высокую зависимость Кыргызстана от выплат из кармана (рис. 3). Одной из причин относительно низкой распространенности непосильных расходов на здравоохранение является неудовлетворенная потребность в медицинских услугах, включая лекарственные средства (см. ниже).

Непосильные платежи из собственных средств – это серьезная проблема для более бедных домохозяйств (рис. 3). Это, в основном, расходы на лекарства, приобретаемые в аптечной сети, амбулаторное и стационарное лечение (Jakab, Akkazieva, Nabicht, 2018). Сокращение государственных расходов на здравоохранение в последние годы и растущая зависимость от личных средств, вероятно, привели к наблюдаемому за период с 2014 г. увеличению как критически высоких, так и разоряющих расходов на здравоохранение.

## 3 ГЕНЕРИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА

### Кыргызстан приступил к рационализации инфраструктуры здравоохранения

В период с 1997 по 2019 г. количество больниц было сокращено с 450 до 135 с целью снижения затрат и укрепления первичной медицинской помощи и профилактики. Специализированные учреждения были объединены, созданы больницы общего профиля, а неэффективные небольшие больницы были преобразованы в подразделения областных больниц или в учреждения первичной помощи. Сокращение числа больниц было подкреплено изменением способа финансирования больниц из бюджета ФОМС, когда в 2001–2004 гг. была введена система выплат за пролеченные случаи.

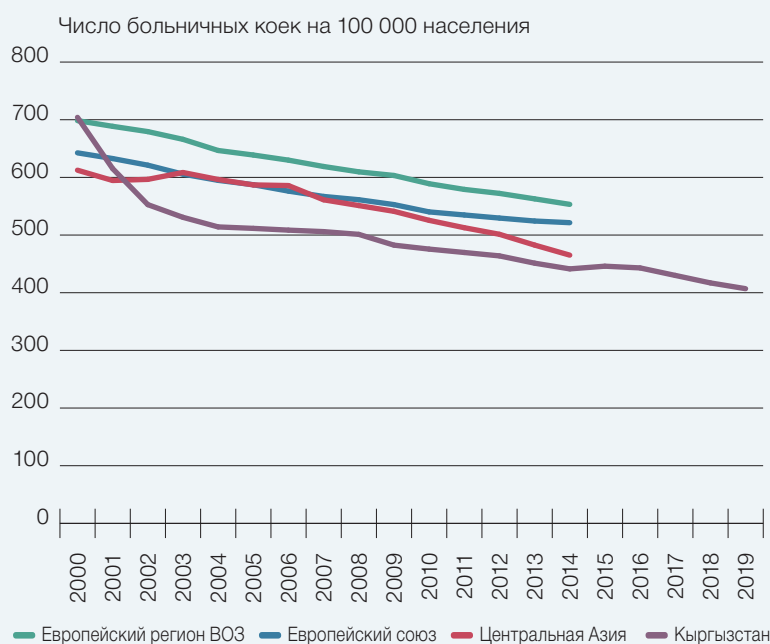
Оставшиеся больницы распределены по стране – они имеются во всех семи областях и 40 районах, также имеются небольшие больницы в отдаленных селах. Число больничных коек на 100 000 населения с начала 1990-х годов резко сократилось – с 1206 больничных коек на 100 000 населения

в 1991 г. до 704 в 2000 г. и 407 в 2019 г. (рис. 4). Несмотря на то, что этот показатель ниже среднего по региону, больничная инфраструктура все еще выглядит избыточной.

### Несмотря на недостаточное число учреждений первичного звена, сохраняются географические барьеры, усугубляемые нехваткой

Рисунок 4

#### Кыргызстан сократил число больничных коек



Примечания: международно сравнимые данные имеются только за период до 2014 г.

Источник: Национальные данные за 2015–2019 гг.; WHO, 2012d.

### врачей в сельской местности

Распределение медицинских учреждений (ФАПов, ГСВ, центров семейной медицины и больниц) означает, что большинство людей находятся в пределах досягаемости первичной помощи, при этом существуют механизмы, позволяющие направлять пациентов для получения более специализированной помощи. Тем не менее, в некоторых отдаленных районах, несмотря на присутствие ФАПов, существуют географические барьеры, ограничивающие доступ к медицинским услугам. Кроме того, остаются вакантными около 3000 должностей врачей первичного звена.

Общий уровень кадрового обеспечения в 2019 г. составил 14 268 врачей и 25 883 медсестер, или 219 врачей и 397 медсестер на 100 000 населения, что ниже средних показателей по Европейскому региону ВОЗ (рис. 5). Медицинские работники

распределены по стране неравномерно: отмечаются резкие различия между регионами страны, а в сельской местности – нехватка специалистов и семейных врачей. Наибольшее число врачей в 2019 г. было сосредоточено в Бишкеке и Оше (соответственно, 231 и 262 на 100 000 населения), в то время как в некоторых сельских районах насчитывалось всего около 70 врачей на 100 000 населения (что эквивалентно одному врачу на 1429 человек). Вместе с тем, благодаря стимулам, введенным в 2018 г., увеличилось число семейных врачей – с 1637 в 2018 г. до 2194 в 2020 г.

В противоположность вышеописанному, охват медсестрами считается достаточным во всех регионах. Вместе с фельдшерами медсестры работают в ФАПах в крупных сельских населенных пунктах и выполняют базовые медицинские вмешательства, оказывают родовую и послеродовую помощь, проводят иммунизацию и санитарное просвещение.

### Даже в городских районах имеются пробелы в охвате услугами здравоохранения, причем с особыми проблемами сталкиваются внутренние мигранты

Оказание медицинской помощи жителям городов более доступно, однако существуют пробелы в охвате обязательным медицинским страхованием, которое требует как минимум наличия временного вида на жительство и основных документов, удостоверяющих личность. Это, а также связь между наличием медицинской страховки и доступом к некоторым медицинским услугам, создает препятствия для внутренних мигрантов из сельских районов и малых городов в городские центры. Мигранты составляют примерно 18% населения и не всегда имеют документы, необходимые для регистрации.

Кроме того, право на ПГГ не означает полноценного доступа к медицинским услугам, отчасти вследствие возникновения финансовых барьеров из-за необходимости выплат из кармана. В 2014 г. 46% домохозяйств сообщили, что им трудно или крайне трудно оплачивать медицинские услуги (по сравнению с 38% в 2009 г.). Для компенсации медицинских расходов домохозяйства все чаще прибегают к таким способам, как использование сбережений, сокращение потребления, обращение за помощью к родственникам или продажа имущества. Платежи из собственных средств являются основной причиной неудовлетворенных потребностей в лекарственных средствах, а также одной из ключевых причин финансовых трудностей для домохозяйств.

### Интеграция и улучшение услуг для определенных групп населения

### и при конкретных нарушениях здоровья является приоритетом

Разработав ряд национальных стратегий, Кыргызстан уделяет особое внимание улучшению здоровья матери и ребенка. Беременные женщины, роженицы, женщины с осложнениями, связанными с беременностью или родами, и дети до 6 лет имеют право на бесплатное стационарное лечение. С 2015 г. ФОМС также обеспечивает страхование беременных женщин, чтобы те, кто не имеет страховки (большинство из которых относятся к уязвимым группам населения), имели более широкий доступ к субсидированным лекарствам. Однако по данным мультииндикаторного кластерного обследования (MICS) за 2018 г., 77% женщин не были осведомлены о наличии такой возможности и не знали, как зарегистрироваться для получения льгот (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF, 2019).

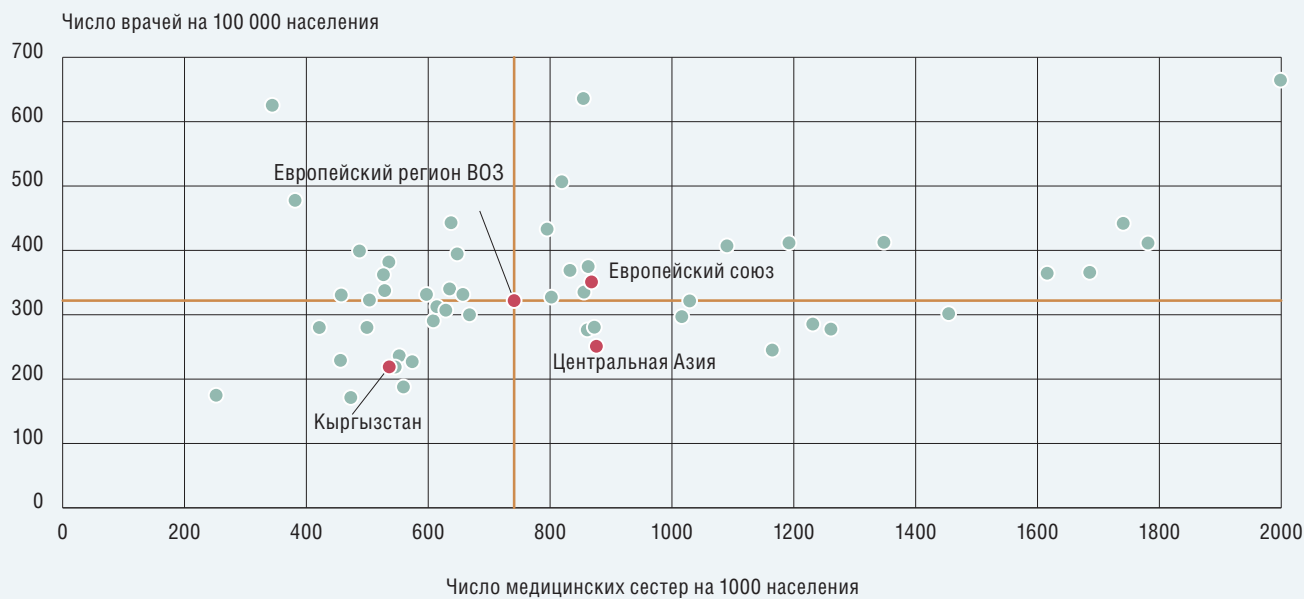
В Кыргызстане достигнуты высокие показатели охвата детей плановой вакцинацией: в 2018 г. 96% детей грудного возраста получили первую дозу вакцины против кори (по сравнению с 95%, в среднем, в Европейском регионе ВОЗ) и 98% детей получили вторую дозу (по сравнению с 91% в Европейском регионе ВОЗ). Плановая вакцинация детей проводится бесплатно в родильных домах, а в дальнейшем – в учреждениях первичной медицинской помощи. Эту работу координирует Республиканский центр иммунопрофилактики. Вакцинация на уровне первичной помощи требует присутствия врачей, так как медсестры и фельдшера не имеют права проводить вакцинацию самостоятельно.

Также уделяется внимание ВИЧ/СПИДу, ТБ и психическому здоровью, реализуются пилотные проекты по улучшению интеграции услуг. Усилия по улучшению предоставления услуг в связи с ВИЧ на уровне первичной медицинской помощи и сообществ привели к увеличению доли людей, живущих с ВИЧ, которым был поставлен диагноз, проводится лечение и достигнута супрессия вирусной нагрузки, однако основными препятствиями остаются недостаточный уровень мотивации персонала и продолжающаяся стигматизация пациентов. Кыргызстан по-прежнему находится на уровне ниже целевого показателя 90:90:90, установленного ЮНЭЙДС на 2020 г. (рис. 6).

Кыргызстан по-прежнему входит в число 30 стран мира с самыми высоким бременем ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и является одной из 18 стран с высоким приоритетом по ТБ в Европейском регионе ВОЗ (WHO, 2020b). В последние годы роль первичной медицинской помощи пропагандируется как ключ к раннему выявлению, диагностике и лечению ТБ, включая лекарственно-устойчивый ТБ. Первичная помощь также взяла на себя роль в управлении взаимодействием с другими службами (например, по борьбе с ТБ и общественному здравоохранению). Персонал, известный как общественные помощники, работающий в первичном звене здравоохранения (ЦСМ и ГСВ), оказывает поддержку пациентам с ТБ и взаимодействует с медицинским персоналом, причем в последнее время их роль расширилась и теперь они

**Рисунок 5**

Число врачей и медицинских сестер в Кыргызстане меньше, чем во многих других странах



**Примечания:** данные для Кыргызстана приведены за 2019 г.; для Центральной Азии – за 2014 г.; для Европейского союза и Европейского региона ВОЗ – за 2015 г. или последние имеющиеся данные по странам.

Источник: WHO, 2021d.

**Рисунок 6**

Число врачей и медицинских сестер в Кыргызстане меньше, чем во многих других странах



Сокращение: АРТ – антиретровирусная терапия

Источник: UNAIDS, 2020

связывают различные службы. Вместе с тем основные препятствия для улучшения противотуберкулезной помощи остаются (рис. 7), и расчетная доля случаев ТБ, которые выявляются и успешно лечатся в Кыргызстане, снизилась с 79,2% в 2005 г. до 71,3% в 2017 г. Показатель успешного лечения был выше для случаев ТБ с лекарственной чувствительностью (81% в 2018 г., по сравнению со средним показателем ВОЗ в Европейском регионе 75%) и ниже для случаев МЛУ-ТБ (55%, ниже среднего показателя ВОЗ в Европейском регионе 59%). В настоящее время страна находится на уровне ниже среднего показателя по Центральной Азии (рис. 7), возможно из-за большой доли случаев МЛУ, которые труднее поддаются лечению. Приверженность лечению является проблемой, при этом низкий уровень соблюдения пациентами медицинских рекомендаций часто связан с трудовой миграцией. Кыргызстан планирует достичь национальных и региональных целей путем внедрения полностью пероральных схем лечения ТБ и МЛУ-ТБ и цифровых решений по соблюдению режима лечения, таких как лечение с видеоподдержкой.

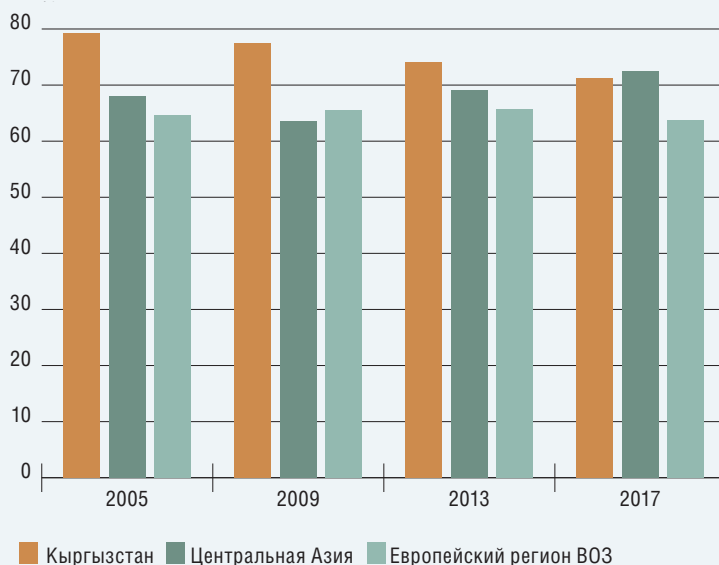
В сфере услуг для пациентов, нуждающихся в амбулаторном психиатрическом лечении, также признается необходимость расширения услуг первичной помощи, но эти меры все еще находятся на ранней стадии осуществления.

## Доступ к основным услугам в Кыргызстане в целом улучшился

Достигнутые значения индекса охвата услугами здравоохранения (рис. 8) свидетельствуют о том, что доступ к основным услугам улучшился. Показатели выросли с 48 (из 100) в 2000 г. до 70 в 2017 г., хотя все еще были ниже средних значений для Центральной Азии и Европейского региона ВОЗ. За улучшением основных показателей могут скрываться стойкие проблемы в повышении качества медицинской помощи. Например, смертность от острого инфаркта миокарда в стационарных условиях выросла с 10,5% в 2011 г. до 14,8% в 2016 г. Это может указывать на проблемы с качеством медицинской помощи, но для подтверждения этого необходимы дальнейшие исследования (ВОЗ, 2018 г.). Проведенная на уровне ВОЗ оценка состояния охраны сексуального и репродуктивного здоровья, а также здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения в Кыргызстане в 2019 г. показала, что хотя здоровье матери и ребенка является одним из главных приоритетов для страны, существуют значительные недостатки, такие как отсутствие услуг по охране сексуального и репродуктивного здоровья, ориентированных на подростков, проблемы с эффективной транспортировкой новорожденных и недостаточное качество медицинской помощи при лечении распространенных детских заболеваний и оказании дородовой помощи, в частности практикуются избыточное лечение и необоснованная госпитализация (WHO, 2019a).

Рисунок 7

## Средний уровень охвата лечением при ТБ снизился

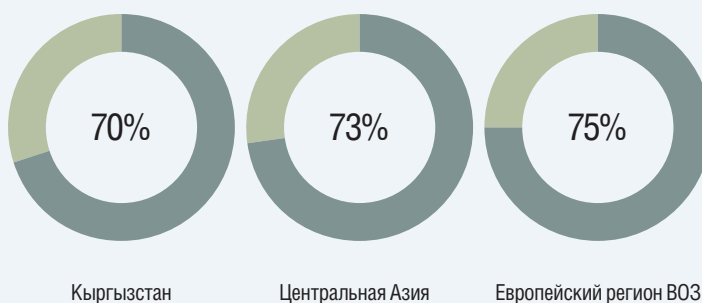


Примечания: доля случаев ТБ – выявленных и успешно пролеченных.

Источник: WHO, 2021c.

Рисунок 8

## Число врачей и медицинских сестер в Кыргызстане меньше, чем во многих других странах



Примечания: индекс охвата услугами как один из показателей всеобщего охвата услугами здравоохранения (2017 г.) определяется как средний расчетный уровень охвата основными услугами, оцениваемыми по индикаторным вмешательствам, в том числе в следующих областях: репродуктивное здоровье и охрана здоровья матерей, новорожденных и детей более старшего возраста; инфекционные болезни; неинфекционные заболевания; пропускная мощность и доступ к соответствующим службам для общего населения и уязвимых групп.

Источник: WHO, 2021b.

## 4 УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

### Показатель ожидаемой продолжительности жизни в Кыргызстане вырос, но все еще отстаёт от средних региональных значений

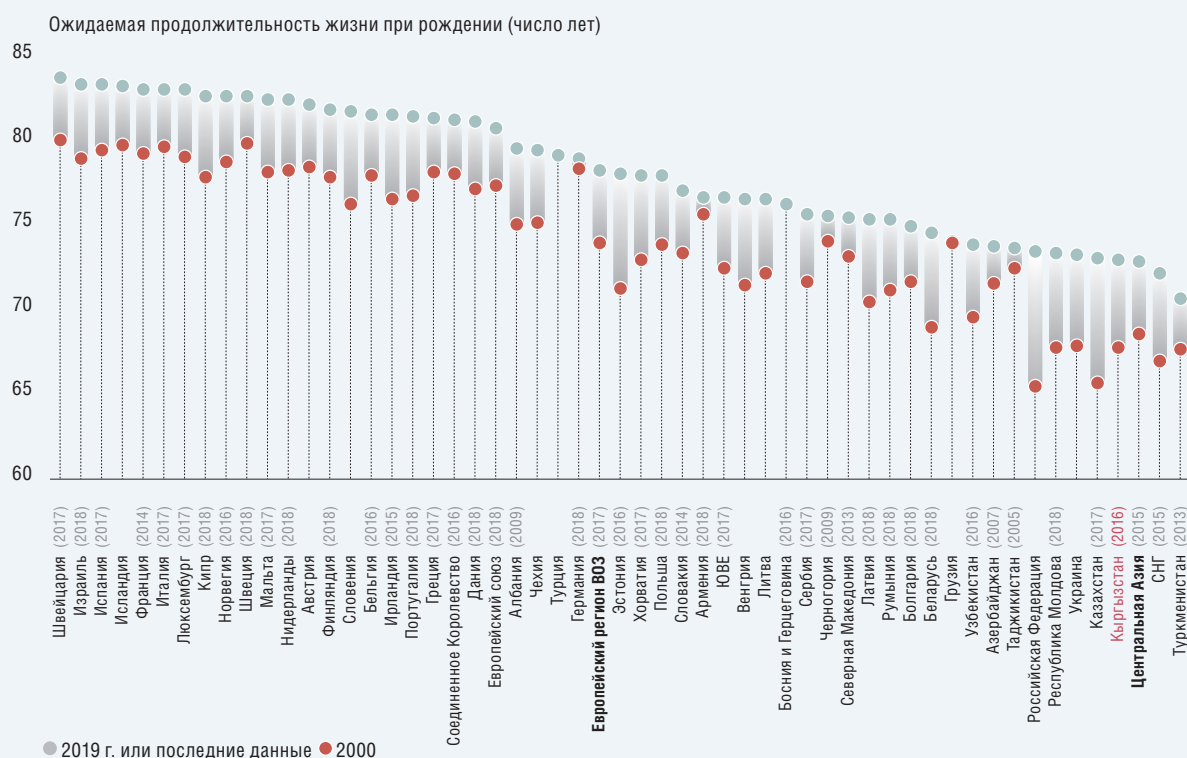
До пандемии COVID-19 ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызстане увеличилась с 67,8 лет в 2000 г. до 73 лет в 2016 г. (69,4 лет для мужчин и 76,5 лет для женщин) (рис. 9). Однако этот показатель был ниже среднего показателя по Центральной Азии (71,6 года в 2015 г.) и значительно ниже средних показателей по Европейскому региону ВОЗ (78 лет в 2016 г.) и Европейскому союзу (ЕС; 28 стран) (81,2 года в 2017 г.).

Рост ожидаемой продолжительности жизни у мужчин составил 5,5 лет, а у женщин – 4,3 года (2000–2016 гг.). Среди мужчин (особенно в возрасте до 75 лет) рост по большей части был обусловлен снижением смертности от респираторных заболеваний (1,4 года), внешних причин (1,1 года) инфекционных болезней и инсульта (по 0,9 года). Среди женщин преобладало снижение смертности от инсульта (1,6 года) и респираторных заболеваний (1,4 года).

Эти цифры указывают на некоторое улучшение в плане наличия, доступности и качества медицинской помощи, поскольку многие случаи смерти от инсульта, респираторных заболеваний и инфекционных болезней можно предотвратить с помощью медицинских вмешательств. Вместе с тем отсутствие прогресса в борьбе с ишемической болезнью сердца показывает, что существует еще много нереализованных возможностей для улучшения деятельности системы здравоохранения, а также для снижения воздействия рискованных форм поведения, таких как курение, употребление алкоголя и неправильное питание, что требует укрепления системы общественного здравоохранения и использования межсекторального подхода.

Рисунок 9

Ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызстане – одна из самых низких в Европе



Примечания: приведены значения за 2019 г. или за последний год с наличием данных (указан в скобках); СНГ – Содружество Независимых Государств; ЮВЕ – страны Юго-Восточной Европы (Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Румыния, Северная Македония, Сербия, Хорватия, Черногория).

Источник: WHO, 2021d.

## Младенческая смертность резко снизилась, но по-прежнему остается высокой, как и материнская смертность

Материнская смертность остается одной из самых высоких в Европейском регионе ВОЗ. По оценкам, в 2017 г. она составила 60 на 100 000 живорождений, что намного превышает средний показатель по Центральной Азии, составляющий 23,6 (см. [Сводку данных по стране](#)). Однако Кыргызстан добился значительного прогресса в снижении младенческой смертности (до 16,4 на 1000 живорождений в 2019 г. с 52,1 в 1995 г.), хотя она все еще более чем в два раза превышает средний показатель по Европейскому региону ВОЗ.

Несмотря на устойчивое снижение уровня младенческой и детской смертности за последние 15 лет, между районами страны наблюдаются заметные различия в показателях (рис. 10). По-видимому, это свидетельствует о различиях в доступности и качестве медицинской помощи (что объясняет более высокую смертность в сельских и отдаленных районах). Однако смертность также выше в перинатальных центрах в случае беременности с высоким риском в Оше и Бишкеке. Уровень смертности детей выше в домохозяйствах, относящихся к беднейшему квантилю населения, и среди матерей с низким уровнем образования. Кроме того, смертность детей в возрасте до 5 лет, родившихся в течение 2 лет после предыдущих родов, в 3,6 раза выше, чем среди детей, родившихся в течение 4 и более лет после предыдущих родов (WHO, 2019a).

## Смертность от неинфекционных заболеваний высока, что отражает распространенность рискованных форм поведения и слабость системы здравоохранения, при этом уровень преждевременной смертности снизился

Кыргызстан сталкивается с высоким бременем смертности от неинфекционных заболеваний (рис. 11), и снижение этого бремени было одним из четырех приоритетных направлений программы реформ «Ден соолук» (2012–2018 гг.). На сердечно-сосудистые заболевания приходится половина общей смертности, причем ишемическая болезнь сердца и инсульт являются двумя основными причинами смерти (390 смертей на 100 000 населения от ишемической болезни сердца по сравнению с 248 в Центральной Азии и 136 в Европейском регионе ВОЗ). Другие важные причины смерти включают рак, респираторные заболевания и дорожно-транспортные несчастные случаи.

Преждевременная смертность (среди людей в возрасте 30–69 лет) от основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания) также высока в Кыргызстане (особенно среди мужчин), но отмечена тенденция к снижению (рис. 12), по крайней мере до 2016 г. Это говорит о том, что улучшение условий жизни, образа жизни и медицинского обслуживания оказывает свое позитивное воздействие. Неясно, как недавнее сокращение государственных расходов на здравоохранение и пандемия COVID-19 повлияют на эти тенденции в ближайшие годы.

**Рисунок 10**

Младенческая смертность в Кыргызстане резко снизилась, однако сохраняются диспропорции между регионами страны

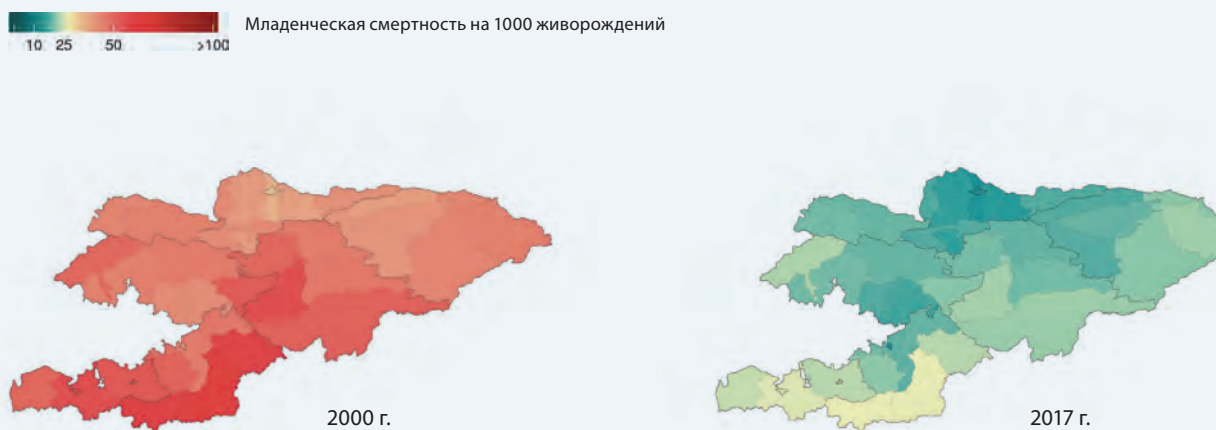
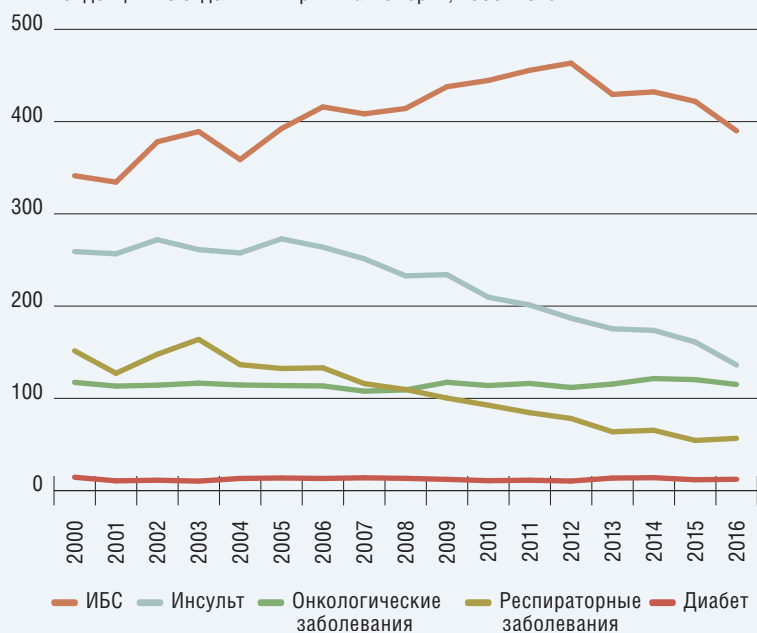


Рисунок 11

## Основная причина смерти – ишемическая болезнь сердца

Тенденции по отдельным причинам смерти, 2000–2016 гг.



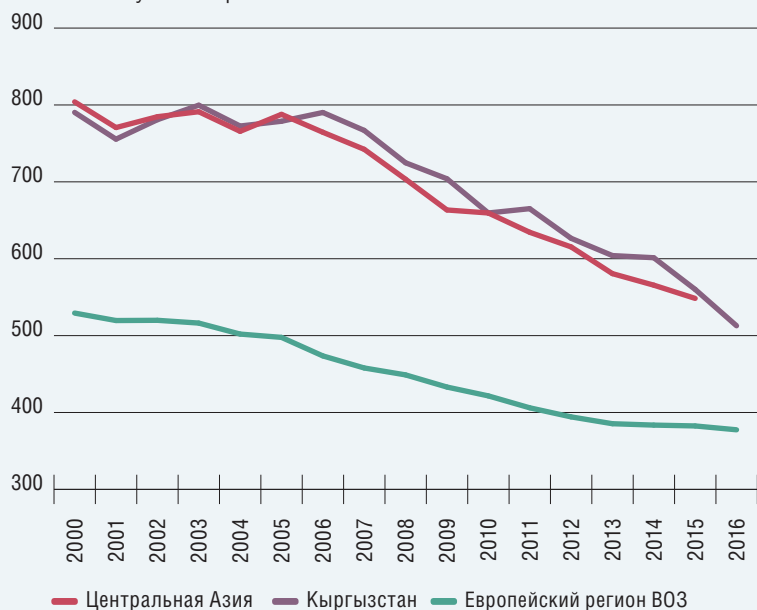
Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца

Источник: WHO, 2021b.

Рисунок 12

## Меньше людей преждевременно умирают от неинфекционных заболеваний

Число случаев смерти на 100 000 населения



Примечание: преждевременная смертность (среди лиц в возрасте 30–69 лет) от основных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, сахарный диабет и хронические респираторные заболевания)

Источник: WHO, 2021b.

## Основные факторы риска включают нездоровое питание, высокое артериальное давление и курение

Основные факторы риска, способствующие смертности, включают проблемы, связанные с нездоровым питанием (включая пере- и недоедание) и избыточным весом, демонстрирующие тенденцию к росту (с 38,3% населения в 2000 г. до 48,3% в 2016 г., что отражает рост в Центральной Азии в целом с 40,0% до 49,5%), а также недостаточную физическую активность. Высокая смертность, связанная с повышенным артериальным давлением и высоким уровнем холестерина ЛПНП, указывает на значительные нереализованные возможности для действий как в поведенческом плане, так и в плане эффективности системы здравоохранения, например в области контроля хронических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи. Мужчины, жители сельских районов и люди с более низким уровнем образования реже проходят обследование на предмет наличия биологических факторов риска (ВОЗ, 2020b).

Среди основных поведенческих факторов риска выделяется курение, в наибольшей степени это касается мужчин: распространенность курения среди мужчин в Кыргызстане превышала 50% в течение всего периода 2000–2018 г. (по сравнению с 32,4% в Центральной Азии в 2018 г.), и на курение приходилось 17,3% всех смертей в 2019 г. (рис. 13). Это свидетельствует о том, что политика борьбы с табаком недостаточно эффективна (вставка 2).

Потребление алкоголя является менее значимым фактором риска: несмотря на то, что оно составляет примерно половину от среднего показателя Европейского региона ВОЗ (3,9 литра на душу населения и год по сравнению с 7,8 в Европейском регионе ВОЗ), этот показатель значительно выше, чем в среднем по Центральной Азии (2,3 литра).

## Уровень бедности остается высоким, а доступ к безопасной воде и санитарии является дополнительной проблемой в сельской местности

В последние годы уровень бедности снизился, однако в 2018 г. 22,4% населения все еще жили за национальной чертой бедности (см. Сводку данных по стране). Бедность связана с непосредственными факторами риска (нерациональное питание, курение и ограниченный доступ к медицинским услугам), о которых говорилось выше, а также с воздействием низких температур и загрязнением воздуха в помещениях. По оценкам, загрязнение воздуха, как вне помещений, так и в жилищах, стал причиной 12,0% всех смертей в 2019 г.

Еще одна проблема – недостаточный доступ к услугам водоснабжения и санитарии. В 2017 г. доступ к безопасной питьевой воде имели всего 68,2% населения имели (53,9% в сельской местности против 93,5% в городах), что, однако, больше, чем 46,3% в 2000 г. По оценкам, плохой доступ к воде и санитарии был 17-м ведущим фактором риска смерти в 2019 г., что несколько лучше, чем в 2000 г., когда он был 14-м ведущим фактором риска.

## Повышена устойчивость к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения

Кыргызстан в значительной степени подвержен воздействию природных угроз и в своей недавней истории пережил конфликты и политическую нестабильность. Он был включен в число приоритетных стран Программы ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения (WHE) и принял национальный план реагирования на чрезвычайные ситуации с учетом любых угроз на 2017–2021 гг. Министерство здравоохранения рассматривает готовность к чрезвычайным ситуациям в качестве приоритета.

На центральном и областном уровнях были проведены многочисленные специализированные учения по моделированию реагирования на основные угрозы высокого риска, в частности наводнения, землетрясения, массовые жертвы и вспышки заболеваний пищевого происхождения в городах.

### Вставка 2

## Деятельность в области общественного здравоохранения недостаточно развита

Службы здравоохранения в Кыргызстане традиционно сосредоточены на профилактике и борьбе с инфекционными болезнями, особенно с ТБ, ВИЧ/СПИДом и диарейными инфекциями. Они гораздо меньше вовлечены в борьбу с неинфекционными заболеваниями посредством таких мер, как борьба с курением, употреблением алкоголя, ожирением и пропаганда надлежащего питания. Профилактическая деятельность в рамках первичной медико-санитарной помощи также все еще недостаточно развита.

Несмотря на то, что Кыргызстан подписал Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, страна не реализовала многие из налоговых и неналоговых мер, которые она обязалась принять. Налог на табачные изделия в Кыргызстане является одним из самых низких в Европейском регионе ВОЗ. Никотинзаместительная терапия оплачивается из собственных средств. В результате распространенность курения остается крайне высокой, особенно среди мужчин.

В ходе проведенного в 2019 г. Глобального опроса об употреблении табака среди молодежи с участием школьников в возрасте 13–15 лет 25,5% мальчиков и 8,9% девочек указали, что хотя бы раз курили табак.

### Рисунок 13

Непосредственные факторы риска, представленные как доли от общей смертности, – это риски, связанные с питанием, повышенное артериальное давление и курение



**Примечания:** значения долей наслаиваются друг на друга, поэтому общая сумма превышает 100%. ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

**Источник:** IHME, 2019.



Совсем недавно Кыргызстан использовал инструменты ВОЗ для проведения оперативных имитационных учений, чтобы оценить основные возможности и готовность к чрезвычайным ситуациям в пунктах въезда с целью более эффективного предотвращения и реагирования на риски для общественного здравоохранения, включая COVID-19.

## 5 ВНИМАНИЕ К COVID-19

### Кыргызстан сообщил о низком потенциале реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения до пандемии COVID-19

Согласно самооценке Кыргызстана по выполнению Международных медико-санитарных правил (ММСП) в 2019 г., страна получила низкие оценки по отдельным основным возможностям, которые позволили бы ей реагировать на пандемию, по сравнению со средним показателем для Европейского региона ВОЗ (рис. 14). Особенно низкие оценки потенциала были получены в отношении кадровых ресурсов (20% против 71% в Европейском регионе ВОЗ) и потенциала в пунктах въезда (30% против 60%).

Это согласуется с результатами Совместной внешней оценки (СВО) основных возможностей ММСП (2005), проведенной в 2016 г., в которой в качестве областей, требующих укрепления, были определены национальное законодательство, политика и финансирование, связанные с ММСП; биобезопасность и биозащищенность; наличие кадровых ресурсов; возможности борьбы с устойчивостью к противомикробным препаратам.

Несмотря на это, воздействие пандемии на население, по-видимому, менее серьезно, чем во многих странах Европы (рис. 15).

### Кыргызстан отреагировал на пандемию COVID-19 на раннем этапе, но столкнулся с перебоями в работе основных служб здравоохранения

В январе 2020 г. решением Правительства был создан Республиканский оперативный штаб по COVID-19, который возглавил премьер-министр и в состав которого вошли представители всех министерств и государственных ведомств. Был составлен межотраслевой межведомственный план действий по COVID-19, в котором были определены подходы

**Рисунок 14**

До пандемии COVID-19 Кыргызстан получил низкие оценки по основным возможностям для осуществления Международных медико-санитарных правил



**Примечания:** Страновая самооценка отдельных основных возможностей для осуществления Международных медико-санитарных правил.

**Источник:** WHO, 2021г.

**Рисунок 15**

COVID-19, по-видимому оказал менее выраженное воздействие на Кыргызстан, по сравнению со многими другими странами



**Примечания:** данные на 3 августа 2021 г.

**Источник:** WHO, 2021a.

к подготовке и осуществлению мер реагирования на вспышку COVID-19. Поддержка со стороны международных партнеров по развитию координировалась через две основные платформы: Координационный совет по реагированию на бедствия (КСРБ), возглавляемый Министерством здравоохранения и ВОЗ, и Координационный совет партнеров по развитию, возглавляемый ВОЗ и Всемирным банком.

Кыргызстан пытался поддерживать основные услуги, в том числе с помощью мобильных медицинских приложений, однако случались перебои, особенно в сфере охраны здоровья матери и ребенка (Стакеева и Маматалиева, 2021 г.). В марте 2020 г. была временно приостановлена плановая вакцинация, хотя с тех пор Министерство здравоохранения использует мобильные бригады иммунизации и передвижные клиники для проведения догоняющей иммунизации. Локдаун также снизил доступность таких услуг, как консультирование по вопросам контрацепции, профилактика насилия против женщин, прерывание нежелательной беременности, диагностика и лечение заболеваний, передающихся половым путем. По данным последующей оценки воздействия COVID-19 на детей в рамках MICS-2020 (National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF, 2021), услуги дородового ухода не пострадали, но были проблемы с послеродовым уходом. Специалисты посетили всего 11% новорожденных для послеродового наблюдения в первые 2 дня и 47% – в первые 6 дней. Услуги безопасного прерывания беременности в государственных учреждениях сократились на 25–28%, в то время как в частных учреждениях увеличились на 68–85% (Аскеров, Максүтова и Бозгорпоева, 2020 г.) Основные услуги для населения в целом также пострадали, но пока еще слишком рано оценивать последствия.

## 6 ЕВРОПЕЙСКАЯ ПРОГРАММА РАБОТЫ (ЕПР)

### Движение к всеобщему охвату услугами здравоохранения

Правительство предприняло шаги по обеспечению всеобщего доступа к качественной медицинской помощи без финансовых трудностей, и ВОЗ вместе с другими партнерами по развитию поддержала эти усилия. В 2020 г. Кыргызстан впервые взял на себя обязательство регулировать цены на перечень отдельных лекарств (Дополнительный пакет лекарственных средств), которые являются частью универсальных льгот, предоставляемых государством. ВОЗ поддержала этот пилотный проект посредством предоставления технической помощи, организации диалогов по вопросам политики и сотрудничества между партнерами по развитию.

В первые месяцы 2021 г. произошла масштабная перестройка политической системы Кыргызстана, имеющая существенные последствия для управления и финансирования здравоохранения. Среди прочих изменений ФОМС был объединен с Министерством здравоохранения и подчинен ему. Это слияние вызвало обеспокоенность по поводу потери независимости учреждения. ВОЗ оказала техническую помощь, благодаря которой ФОМС остался независимым учреждением, что сделало его более устойчивым к политическим потрясениям.

Были достигнуты улучшения в плане качества медицинской помощи. В частности, были предприняты усилия по улучшению лечения артериальной гипертонии и диабета на уровне первичной медико-санитарной помощи. В 2021 г. Министерство здравоохранения при поддержке ВОЗ издало приказ о повышении качества медицинской помощи при инсульте. Оно также создало целевую группу по укреплению первичной медико-санитарной помощи.

Доступ к плановой вакцинации был нарушен во время пандемии COVID-19. При технической помощи Странового бюро ВОЗ в стране были сформированы мобильные бригады иммунизации для улучшения доступа к услугам иммунизации во время пандемии для жителей отдаленных населенных пунктов и детей внутренних мигрантов в крупных городах. Это помогло заполнить пробелы в охвате иммунизацией во всех регионах страны.

### Защита от чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения

ВОЗ была основным международным партнером Кыргызстана в обеспечении готовности страны к вспышкам заболеваний и другим чрезвычайным ситуациям в области общественного здравоохранения.

Когда 18 марта 2020 г. в Кыргызстане был зарегистрирован первый случай заболевания COVID-19, в стране уже существовали определенные системы. Тем не менее COVID-19 создал множество проблем, но Кыргызстан использовал эту возможность, чтобы инвестировать в существующий потенциал готовности и реагирования на чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Страна добилась прогресса в различных областях, в том числе в укреплении таких областей, как координация ММСП, обеспечение готовности в пунктах въезда, функциональный потенциал центра чрезвычайных операций, эпиднадзор и оценка рисков, лаборатории, профилактика инфекций и борьба с ними, ведение больных и информирование о рисках.

Сразу после того как Генеральный директор ВОЗ объявил вспышку COVID-19 чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения, имеющей международное значение, ВОЗ провела экспресс-оценку потребностей в Кыргызстане с целью выявления

пробелов, которые должны быть устранены системой общественного здравоохранения страны в контексте COVID-19. Эта инициатива в итоге была использована в качестве основы для разработки странового плана готовности и реагирования (СПГР) Кыргызстана.

После проведения экспресс-оценки потребностей ВОЗ также поддержала процесс разработки СПГР – плана, которым страна руководствовалась при принятии мер в ответ на COVID-19 на национальном и субнациональном уровнях, а также при обращении за помощью к международным партнерам. Благодаря СПГР страна успешно привлекла более 53 млн долл. США на меры реагирования в секторе здравоохранения.

Масштабы пандемии COVID-19 подчеркнули важность многосекторальной координации и сотрудничества во время чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Признавая это, правительство Кыргызстана при поддержке ВОЗ работало над обеспечением функционирования оперативных механизмов в государственных учреждениях. При поддержке со стороны ВОЗ было разработано руководство по подготовке к развертыванию вакцинации и составлены Национальный план развертывания вакцинации и План коммуникации по вакцинации против COVID-19.

## Укрепление здоровья и благополучия

Страновой офис ВОЗ в Кыргызстане оказывает поддержку усилиям страны, направленным на повышение уровня здоровья и благополучия населения путем содействия многосекторальным мерам по устранению факторов риска неинфекционных заболеваний, пропаганды здоровой среды и осуществления принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов, а также путем оказания

помощи в воздействии на социальные детерминанты здоровья.

ВОЗ поддерживает усилия национальных органов здравоохранения по продвижению среды, свободной от табака. Третьи Всемирные игры кочевников в 2018 г. и Национальные игры кочевников в 2019 г. были проведены в условиях, свободных от табачного дыма, а Государственное агентство по делам молодежи, физической культуры и спорта утвердило политику запрета курения для всех своих мероприятий и спортивных объектов. В 2020 г. муниципалитет Бишкека включился в межсекторальное сотрудничество по борьбе против табака и принял политику запрета курения в парках, спортивных сооружениях и в общественном транспорте.

Страна усовершенствовала процессы эпиднадзора за факторами риска неинфекционных заболеваний. В сотрудничестве с ВОЗ был проведен опрос по факторам риска неинфекционных заболеваний в рамках «Поэтапного подхода к надзору за факторами риска НИЗ (STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS)), а также гендерный анализ данных опроса. Кыргызстан присоединился к Европейской инициативе ВОЗ по надзору за детским ожирением для измерения тенденций избыточного веса и ожирения среди детей младшего школьного возраста. Глобальный опрос молодежи о табаке – это опрос школьников, разработанный для расширения возможностей стран, включая Кыргызстан, по мониторингу потребления табака среди молодежи, а также для обеспечения руководства в реализации и оценке программ по профилактике и борьбе с табаком. В 2019 г. Кыргызстан стал членом исследовательской сети «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC)). HBSC каждые 4 года собирает данные о здоровье и благополучии, социальных детерминантах и поведении в отношении здоровья среди детей в возрасте 11, 13 и 15 лет.

## СВОДКА ДАННЫХ ПО СТРАНЕ

|  | Кыргызстан   | Центральная Азия | Европейский регион ВОЗ | ЕС-28          |
|--|--------------|------------------|------------------------|----------------|
| Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, оба пола, число лет <sup>а</sup>             | 73<br>(2016) | 72,9<br>(2015)   | 78<br>(2016)           | 81,2<br>(2017) |
| Материнская смертность на 100 000 живорождений (2017 г., оценочные данные)                   | 60           | 23,6             | 13                     | 6,1            |
| Младенческая смертность на 1000 живорождений (2019 г., оценочные данные <sup>а</sup> (2019)) | 16,4         | 17,7             | 7,5<br>(2018)          | 3,5<br>(2018)  |
| Численность населения, млн человек (2019 г.)   | 6,5          | 72,6             | 927,2                  | 512            |
| ВВП на душу населения, долл. США по ППС (2019 г.)  | 5 486        | 12 427           | 36 813                 | 46 699         |
| Доля населения, проживающего за национальной чертой бедности <sup>а</sup> (2018 г.)          | 22,4         | 14,1<br>(2017)   | 14,9                   | 17             |

<sup>а</sup> В скобках указан последний год, по которому имеются данные.

**Примечания:** ЕС-28 – совокупность 28 стран, входящих в состав ЕС по состоянию на 2020 г.; ВВП – валовый внутренний продукт; ППС – паритет покупательной способности.

**Источники:** WHO, 2021d; World Bank, 2021.

## Библиография

- Artykova N, Atatrah T, Tilenbaeva N et al. (2021). Kyrgyzstan. In: COVID-19 Health System Response Monitor. WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hstrm/overview>, accessed 14 May 2021).
- Askerov A, Maksutova E, Bozgorpoeva B, Tolonova B (2020). Safe abortion services in Kyrgyzstan during COVID-19 pandemic (unpublished report).
- Bacci A, Hodoroogea S, Gagau T (2019). WHO mission report. Beyond the numbers implementation in Kyrgyzstan: quality assessment and improvement. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Jakab M, Akkaziya B, Habicht J (2018). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Kyrgyzstan. Barcelona: World Health Organization Regional Office for Europe.
- IHME (2019). Global Results Tool [database]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>, accessed 14 May 2021).
- IHME (2020). Kyrgyzstan. In: IHME/Country Profiles. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org/kyrgyzstan>, accessed 14 May 2021).
- Moldoisaeva S et al. (2022). Kyrgyzstan health system review. Health Syst Trans (forthcoming).
- National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF (2019). Kyrgyz Republic. Multiple Indicator Cluster survey, 2018: Snapshot of key findings. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF. (<https://www.unicef.org/kyrgyzstan/media/6066/file/MICS%20Statistical%20Snapshots.pdf>, accessed 14 May 2021).
- National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF (2021). MICS Follow-up Survey on COVID-19 Impact on children and women in Kyrgyzstan: Snapshots of key findings. Bishkek: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic and UNICEF (<https://www.unicef.org/kyrgyzstan/media/6856/file/MICS%20Follow-up%20Survey%20on%20Covid-19%20impact%20on%20children%20and%20women%20in%20Kyrgyzstan.pdf>, accessed 14 May 2021).
- Rechel B, Moldoisaeva S (2021). Improving maternal and newborn health in Kyrgyzstan. Lancet Glob Health.9(3):e237–e238. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30511-8.
- Стакеева Ч, Маматалиева А (2021). Влияние пандемии КОВИД-19 на сексуальное и репродуктивное здоровье женщин Кыргызской Республики. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики ([https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vliyanie\\_pandemii\\_russ.pdf](https://kyrgyzstan.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/vliyanie_pandemii_russ.pdf), по состоянию на 20 декабря 2021 г.)
- UNAIDS (2020). People living with HIV receiving ART (#) (as of 30 June). In: AidsInfo [website]. Geneva: UNAIDS. (<http://aidsinfo.unaids.org?did=5fbeb5cb94831556e11c4517&r=world&t=null&tb=m&bi=mnli&ts=0,0&aid=5fbeb66194831556e11c451b&mav=Population: All ages&ml=2&mt=1>, accessed 14 May 2021).
- WHO (2018). Качество услуг здравоохранения в Кыргызстане: обзор. Рабочий документ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345602>, по состоянию на 20 декабря 2021 г.).
- WHO (2019a). Оценка сексуального и репродуктивного здоровья, здоровья матерей и новорожденных, детей и подростков в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения в Кыргызстане. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341080>, по состоянию на 20 декабря 2021 г.).
- WHO (2019b). В состоянии ли люди платить за услуги здравоохранения? Новые фактические данные о финансовой защите в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330088>, по состоянию на 20 декабря 2021 г.).
- WHO (2020a). Gender and noncommunicable diseases in Kyrgyzstan. Analysis of STEPS data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337488/WHO-EURO-2020-1668-41419-56461-eng.pdf>, accessed 14 May 2021).
- WHO (2020b). Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>, accessed 14 May 2021).
- WHO (2021a). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [database]. Geneva: World Health Organization (<https://covid19.who.int/>, accessed 3 August 2021).
- WHO (2021b). Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 14 May 2021).
- WHO (2021c). The Global Health Observatory [database]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho>, accessed 14 May 2021).
- WHO (2021d). European Health for all database (HFA-DB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>, accessed 14 May 2021).
- World Bank (2021). World Development Indicators [database]. Washington, DC: The World Bank (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=World-Development-Indicators>, accessed 14 May 2021).



## Европейское региональное бюро ВОЗ

ВОЗ – орган, отвечающий за общественное здравоохранение в системе Организации Объединенных Наций. Деятельность Европейского регионального бюро (ЕРБ) ВОЗ охватывает 53 страны от Атлантического до Тихого океанов.

Оказывая поддержку странам, ЕРБ ВОЗ стремится реализовать новое видение здравоохранения, создавая общеевропейскую культуру здоровья, где цели в области здоровья и благополучия определяют принятие решений в государственном и частном секторах, и каждый может сделать здоровый выбор. ЕРБ ВОЗ стремится вдохновлять и поддерживать все государства–члены Европейского региона в усилиях по укреплению здоровья населения всех возрастов. ЕРБ ВОЗ добивается этого путем предоставления дорожной карты для действий Региона по укреплению здоровья; обеспечению безопасности здоровья перед лицом чрезвычайных ситуаций и других угроз здоровью; расширения прав и возможностей людей и углубления представлений о здоровом поведении; поддержки преобразований в области здравоохранения на всех уровнях систем здравоохранения; а также путем использования стратегических партнерств для улучшения здоровья.

## Европейская программа работы «Совместные действия для улучшения здоровья»

Европейская программа работы (ЕПР) содержит концептуальное видение того, как Европейское региональное бюро ВОЗ может более эффективно поддерживать страны нашего региона в удовлетворении ожиданий граждан в отношении здоровья.

Социальный, политический, экономический и медицинский ландшафт в Европейском регионе ВОЗ меняется. «Совместные действия для улучшения здоровья» – это новая концепция, направленная на поддержку стран в эти меняющиеся времена. «Совместные» – потому что партнерство является этическим долгом и необходимым условием успеха, а «действия» – потому что страны подчеркнули свое желание, чтобы ВОЗ перешла от «что нужно сделать» к «как действовать», обмениваясь знаниями для решения реальных проблем. Солидарность Европейского региона ВОЗ является ценным активом, который необходимо развивать и сохранять, и через Европейскую программу работы ЕРБ ВОЗ поддерживает страны в их совместной работе на благо своих граждан, участь на их проблемах и успехах.

## Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Европейская обсерватория по системам и политике в области здравоохранения поддерживает и продвигает разработку политики в области здравоохранения на основе фактических данных, чтобы страны могли принимать более обоснованные решения для улучшения здоровья своего населения. Она объединяет широкий круг политиков, ученых и практиков, опираясь на их знания и опыт, чтобы предложить всесторонний и строгий анализ систем здравоохранения в Европе. Обсерватория является партнерством, организованным ЕРБ ВОЗ. В число партнеров входят: правительства Австрии, Бельгии, Ирландии, Испании, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швейцарии, Швеции, и региона Венето Италии (совместно с Итальянским национальным агентством региональных служб здравоохранения – «Агенас»); Европейская комиссия; Национальный союз фондов медицинского страхования Франции (UNCAM), британская благотворительная организация «Фонд здоровья»; Лондонская школа экономики и политических наук (LSE) и Лондонская школа гигиены и тропической медицины (LSHTM). Обсерватория имеет штаб–квартиру в Брюсселе, центры в Лондоне (в LSE и LSHTM) и в Берлинском технологическом университете.

ISBN 978-92-890-5901-5



9 789289 059015

ISBN: 978 92 890 5901 5