Кыргызская Республика

ПРОГРАММА УЛУЧШЕИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (P167598)

Оценка экологической и социальной систем

Апрель 2019 года

# АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| ЦСМ | центры семейной медицины |
| ОЭСС | оценка экологической и социальной систем |
| ФАП | фельдшерско-акушерский пункт = сельский пункт первой медицинской помощи |
| ВВП | валовой внутренний продукт |
| ГСВ | группа семейных врачей |
| ЦЗ | центр здравоохранения |
| ОЗ | организация здравоохранения |
| МО | медицинские отходы |
| УМО | управление медицинскими отходами |
| НГСВ | независимая группа семейных врачей |
|  |  |
| ФОМС | Фонд обязательного медицинского страхования |
| МО | медицинские отходы |
| УМО | управление медицинскими отходами |
| МАР | Международная ассоциация развития |
|  |  |
| КР | Кыргызская Республика |
| ОМС | обязательное медицинское страхование |
|  |  |
| Минздрав | Министерство здравоохранения |
| ПМСП | первичная медико-санитарная помощь |
| УПМСП | учреждения первичной медико-санитарной помощи |
| ПОР | Программа, ориентированная на результат |
| СОЗ | стойкие органические загрязнители |
| ФОР | финансирование на основе результатов |
| ГИЭТБ | Государственная инспекция по экологической и технической безопасности при Правительстве Кыргызской Республики |
| СИК | санитарно-инфекционный контроль |
| ГАООСЛХ | Государственное агентство охраны окружающей среды и лесного хозяйства при Правительстве Кыргызской Республики |
| ШАРС | Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству |
| SWAp | общесекторальный (широкосекторальный) подход |
| ПРООН | Программа развития ООН |
| ТБ | туберкулез |
| ВОЗ | Всемирная организация здравоохранения |

Содержание

[АББРЕВИАТУРЫ И СОКРАЩЕНИЯ 2](#_Toc2540672)

[КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ 5](#_Toc2540673)

[1. Введение 10](#_Toc2540674)

[СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ И ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ 10](#_Toc2540675)

[2. ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ СИСТЕМ 13](#_Toc2540676)

[2.1. Содержание отчета ОЭСС 13](#_Toc2540677)

[2.2. Охват 14](#_Toc2540678)

[2.3. Методология 16](#_Toc2540679)

[2.4. Процесс консультаций с заинтересованными сторонами 17](#_Toc2540680)

[3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРУГА ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН 17](#_Toc2540681)

[3.1. Основные заинтересованные стороны 17](#_Toc2540682)

[3.2. Другие заинтересованные стороны 21](#_Toc2540683)

[3.3. Органы здравоохранения на муниципальном уровне (областные и районные) 23](#_Toc2540684)

[3.4. Организации здравоохранения 23](#_Toc2540685)

[3.5. Образовательные организации 25](#_Toc2540686)

[3.6. Другие участвующие стороны 25](#_Toc2540687)

[3.7. Механизмы координации заинтересованных сторон 27](#_Toc2540688)

[3.8. Международные партнеры по развитию и их ключевые проекты в секторе здравоохранения 28](#_Toc2540689)

[4. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЯ В НАЦИОНАЛЬНОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 31](#_Toc2540690)

[4.1. Потенциальные риски в затрагиваемых Программой зонах 31](#_Toc2540691)

[4.1.1. Потенциальные неблагоприятные воздействия на окружающую среду и здоровье 31](#_Toc2540692)

[4.1.2. Основные причины неблагоприятного воздействия на окружающую среду и здоровье человека 31](#_Toc2540693)

[4.2. Оценка системы управления и законодательной базы в сфере общественного здравоохранения 33](#_Toc2540694)

[4.2.1. Система общественного здравоохранения и инфекционный контроль 33](#_Toc2540695)

[4.2.2. Законодательная база для снижения рисков в системе здравоохранения КР 34](#_Toc2540696)

[5. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ 40](#_Toc2540697)

[5.1. Основные тенденции развития инфекционно-эпидемиологического контроля 40](#_Toc2540698)

[5.1.1. Система и политика общественного здравоохранения 40](#_Toc2540699)

[5.1.2. Санитарно-профилактическая помощь населению 40](#_Toc2540700)

[5.1.4. Контроль за санитарно-эпидемиологическим надзором 42](#_Toc2540701)

[5.1.5. Инфекционный контроль в организациях здравоохранения 43](#_Toc2540702)

[5.1.6. Готовность системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям 44](#_Toc2540703)

[5.1.7. Установление и кодификация санитарно-эпидемиологических норм 45](#_Toc2540704)

[5.2. Проблема медицинских отходов и существующие методы управления медицинскими отходами 46](#_Toc2540705)

[5.2.1. Общий обзор проблемы 46](#_Toc2540706)

[5.2.2. Типы МО 47](#_Toc2540707)

[5.2.3. Общая оценка количества производимых в стране МО 48](#_Toc2540708)

[5.2.4. Бюджеты на УМО 49](#_Toc2540709)

[5.2.5. Цикл утилизации инфекционных медицинских отходов 49](#_Toc2540710)

[5.2.6. Национальная система управления МО 51](#_Toc2540711)

[5.2.7. Национальная стратегия УМО 54](#_Toc2540712)

[5.2.8. Управление ртутьсодержащими и прочими химическими отходами 55](#_Toc2540713)

[5.2.9. Химические вещества 55](#_Toc2540714)

[5.2.10. Радиоактивные отходы 56](#_Toc2540715)

[5.2.12. Фармацевтические отходы 57](#_Toc2540716)

[5.2.13. Пластиковые и стеклянные отходы, не подлежащие переработке 57](#_Toc2540717)

[6. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОГРАММЫ 57](#_Toc2540718)

[7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ И УМО В СТРАНЕ 68](#_Toc2540719)

[7.1. Сильные стороны 68](#_Toc2540720)

[7.2. Сохраняющиеся проблемы и недостатки 69](#_Toc2540721)

[7.3. Адекватность законов и правил 72](#_Toc2540722)

[8. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ И ВКЛАД В ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРОГРАММЫ 73](#_Toc2540723)

[8.1. Ключевые действия 73](#_Toc2540724)

[8.2. Механизм реализации рекомендованных действий: 73](#_Toc2540725)

[8.3. Рекомендуемые мероприятия 73](#_Toc2540726)

[9. РАСКРЫТИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОЭСС И КОНСУЛЬТАЦИИ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ 85](#_Toc2540727)

[Приложение. Результаты общественных консультаций 86](#_Toc2540728)

# КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Данная Оценка экологической и социальной систем (ОЭСС) была подготовлена ​​для финансируемой Всемирным банком Программы улучшения качества медико-санитарной помощи (далее – Программа).Тематические области, определенные в рамках Программы (механизмы устойчивого улучшения качества обслуживания, финансирования здравоохранения и управления в целях улучшения качества в рамках Программы), сосредоточены на первичной медико-санитарной помощи и будут оказывать в целом положительное экологическое воздействие на сектор здравоохранения. Для трех приоритетных областей, которые определены в рамках Программы, и соответствующих им Индикаторов, Привязанных к Выплатам (ИПВ), не рекомендуется включать те направления деятельности/действия, которые будут причинять значительный вред окружающей среде и/или иметь неблагоприятные экологические и социальные последствия, которые являются чувствительными, множественными, беспрецедентными или необратимыми.

Из шести основных принципов, которыми руководствуется анализ ОЭСС ( политика банка и директива банка для финансирования программ, ориентированных на результат), актуальными для ОРПЗ КР, с точки зрения охраны окружающей среды и социальных аспектов, были сочтены следующие три:

Основной принцип 1: Процедуры и процессы экологического и социального управления направлены на содействие экологической устойчивости при разработке Программы: избегать, минимизировать или смягчать неблагоприятные воздействия и содействовать принятию обоснованных решений, касающихся воздействия Программы на окружающую среду.

Основной принцип 3: Безопасность населения и работников. Экологические и социальные процедуры и процессы направлены на обеспечение безопасности и защиту населения и работников от потенциальных рисков, связанных с воздействием токсичных химических веществ, опасных отходов и других опасных материалов в рамках Программы.

Основной принцип 5: Необходимо внимательно рассматривать потребности или проблемы уязвимых групп – обратить внимание на уязвимые или незащищенные группы, включая, в зависимости от ситуации, малообеспеченных лиц, лиц с ограниченными возможностями, престарелых лиц или социально отчужденные этнические группы. В случае необходимости предпринимаются специальные меры для обеспечения равноправного доступа к предлагаемым Программой преимуществам.

С экологической точки зрения ОЭСС оценивает систему, потенциал и эффективность работы государства через изучение национального и отраслевого законодательства, имеющего отношение к Программе, положений, протоколов в области здравоохранения, особенно в области управления медицинскими отходами (обращение, транспортировка и утилизация) и охраны и безопасности труда (ОБТ) в организациях первичной медико-санитарной помощи. ОЭСС – это программный документ, подготовленный сотрудниками Банка с использованием данных и информации, предоставленных/полученных у Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхований и других ключевых сторон.

Был произведен общий анализ цикла управления медицинскими отходами (МО) – от их накопления в пунктах сбора отходов (таких как больницы и медицинские центры) до мест утилизации или окончательного уничтожения МО. Кроме того, обзор политики, нормативно-правовой базы и программных документов, беседы с потенциальными заинтересованными сторонами и посещение организаций первичной медико-санитарной помощи и санитарного контроля позволили выявить следующие экологические риски в системе управления отходами первичного уровня здравоохранения:

* Риски заражения для медицинского и санитарного персонала при оказании медицинской помощи пациентам, находящимся дома или в медицинских учреждениях (учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты первой медицинской помощи в сельской местности), группах семейных врачей, центрах здравоохранения, организациях здравоохранения, лабораториях, службах скорой медицинской помощи, медицинских пунктах в учебных заведениях и т.д.);
* Риски заражения пациентов в медицинских учреждениях с плохим/неадекватным инфекционным и эпидемиологическим контролем (инфекции, передаваемые через воздух, воду и/или использование плохо стерилизованных медицинских инструментов);
* Риски загрязнения воздуха, почвы и воды из-за ненадлежащего управления и обращения с медицинскими отходами;

При проведении анализа не учитывалась утилизация радиоактивных отходов, так как такие отходы в основном собираются в Онкологическим центре в Бишкеке, являющемся специализированной организацией здравоохранения, не входящей в область внимания программы.

Нормативно-правовая база в секторе здравоохранения все еще разрабатывается и состоит из многоуровневого (национальный и субнациональный уровень) законодательства и нормативно-правовых актов. В дополнение к национальным законам, также имеется система подзаконных актов, приказов, инструкций и положений отраслевых министерств.

Большинство этих законов имеет отношение к Программе, особенно те из них, которые связаны с управлением медицинскими отходами и инфекционным контролем. Однако анализ, представлявший собой изучение соответствующей документации и опрос ключевых сторон, свидетельствует о том, что эти законы, руководства и протоколы соблюдаются плохо в силу следующих причин: (i) наличие огромного количества законов, подзаконных актов, приказов, руководств, которые необходимо соблюдать, (ii) недостаточность бюджетной поддержки и нехватка человеческих ресурсов, (iii) положения и приказы МЗ применимы только к государственным медицинским учреждениям и почти не требуют соблюдения со стороны частного сектора.

В стране сложилась четкая институциональная иерархия, обеспечивающая поддержку системы здравоохранения, включая управление медицинскими отходами. Службу здравоохранения возглавляет Главный государственный санитарный врач – заместитель министра здравоохранения. Эффективно функционирующий Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора имеет отделения на областном, городском и районном уровне. Во всех районах созданы санитарно-эпидемиологические советы для коллегиального рассмотрения и решения вопросов развития, управления и совершенствования санитарно-эпидемиологической службы, действующие в соответствии с положением, утвержденным Главным государственным санитарным врачом. Однако в УПМСП наблюдается острая нехватка специалистов и навыков, которые могли бы обеспечить защиту от инфекции и управлять медицинскими отходами и осуществлять инфекционный контроль.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние годы, в многосторонних системах эпидемиологического, экологического и инфекционного контроля, в организации общественного здравоохранения имеются системные пробелы. Как показывает анализ, (i) система инфекционного контроля является достаточно эффективной, однако внедрена лишь в небольшом количестве городов и больниц, (ii) система управления/утилизации медицинских отходов в УПМСП в основном развита слабо, особенно в отдаленных сельских районах. Значительные объемы медицинских отходов УПМСП направляются в больницы, которые не способны управлять таким объемом отходов. Проекты ПРООН/ГЭФ и Швейцарского агентства по вопросам развития и сотрудничества предлагают альтернативные решения для утилизации медицинских отходов УПМСП, однако на текущий момент этими решениями охвачено ограниченное количество организаций.

Анализ пробелов позволил выявить следующие ключевые проблемы:

***Системные недостатки:*** Управление медицинскими отходами регулируется слишком большим количеством законов/положений. При этом все они применимы только к государственным организациям. Из-за пробелов в законодательстве частные организации не соблюдают государственные нормы в области УПМСП. Более того, отраслевые стандарты и процедуры находятся в зачаточном состоянии, что особенно характерно для организаций первичной медико-санитарной помощи. Существующая модель УПМСП вращается вокруг медучреждений вторичного уровня (в основном больниц) и серьезно перегружена. Больницы могут отказаться принять медицинские отходы у УПМСП. В УПМСП система управления/утилизации медицинских отходов и инфекционного контроля как правило развита слабо, особенно в отдаленных сельских районах.

Помимо этого, наблюдается недостаток информации и данных об экологических последствиях неправильного управления медицинскими отходами. В ходе опросов сотрудников учреждений первичной медико-санитарной помощи не было получено каких-либо свидетельств того, что в этих учреждениях существует какой-либо механизм ведения базы данных о загрязнении почвы, воздуха и воды в результате неправильного управления медицинскими отходами. Также не удалось получить каких-либо данных о том, возникают ли у сотрудников учреждений первичной медико-санитарной помощи какие-либо проблемы, связанные с управлением отходами, осуществлением инфекционного контроля или обеспечением ОБТ.

На первичном уровне нет необходимого оборудования для обращения с МО (сбор и транспортировка) и утилизации МО (контейнеры для отходов, цветные пластиковые пакеты, адекватно оборудованные транспортные средства, помещения для утилизации и т.д.). Для этого уровня характерна неудовлетворительная обработка и обезвреживание некоторых видов одноразовых пластиковых медицинских изделий (кроме шприцев), неэффективное обращение и хранение медицинских приборов и изделий. Кроме того, дорогостоящая система транспортировки отходов, отсутствие надлежащих помещений для хранения медицинских отходов, и отсутствие специальных установок по уничтожению отходов еще больше усугубляют вопрос УПМ.

***Обучение персонала:*** Отсутствует систематический подход к обучению медицинского и сестринского персонала УМО, что создает риски для профессиональной безопасности и здоровья медицинского персонала, населения и окружающей среды. Существующая программа повышения квалификации и подготовки специалистов, работающих в отдаленных районах, оставляет желать лучшего. Независимые эксперты также отмечают нехватку персонала, знаний, опыта, квалификации и способностей во всех областях инфекционного контроля и УМО.

С точки зрения общественной значимости главный риск для Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи связан с обеспечением равного доступа к предлагаемым Программой благам, особенно для уязвимых групп. Основные причины для возникновения данного риска заключаются в следующем: плохая доступность медицинского обслуживания для матерей и пациентов с диабетом (несмотря на принятие протоколов, связанных с этими состояниями); увеличение финансового бремени, связанного с сооплатой или неофициальными выплатами, для групп с низким уровнем дохода в результате того, что некоторые аспекты Программы государственных гарантий (ПГГ) и Дополнительного перечня лекарственных средств (ДПЛС) можно трактовать по-разному; вопросы защиты пациентов и их права на качественное медицинское обслуживание, возникающие в связи с ограниченным потенциалом в сфере лечения пациентов на уровне ПМСП; отсутствие систематизированных механизмов получения обратной связи уровне ПМСП. Поддержку в рамках Программы получат только проекты косметического ремонта существующих учреждений, что не повлияет на капитал или источники дохода в частном секторе.

По результатам ОЭСС было установлено, что система первичной медико-санитарной помощи способна реализовать Программу улучшения качества медико-санитарной помощи, при условии, что будет оказана необходимая поддержка, чтобы решить вопросы, связанные с отсутствием ясности на уровне модели первичного медико-санитарного обслуживания и ПГГ, непоследовательностью использования клинических протоколов и обучением поставщиков ПМСП.

**Рекомендуемые действия, связанные с экологическими рисками**

Рекомендуемые меры смягчения связанных с Программой экологических рисков обсуждались и были согласованы с МЗ. Предполагаемый срок реализации рекомендованных мер равен сроку реализации программы и составляет 5-6 лет.

* ***Пересмотреть и обновить секторальные стандарты и процедуры.*** Правительству рекомендуется разработать согласованные секторальные стандарты и процедуры (в расвной степени применимые и для государственного, и для частного сектора) для осуществления комплексного контроля инфекций и загрязнений нат уровне ПМСП и управления медицинскими отходами.. Межведомственный комитет, включающий в себя представителей МЗ, ФОМС, ГАООСЛХ, ГИЭТБ и других ответственных учреждений, должен пересмотреть и усовершенствовать систему взаимного сотрудничества и ответственности, наряду с обеспечением адекватного бюджетного финансирования.
* ***Развитие и укрепление информационной базы.*** По результатам ОЭСС МЗ и ФОМС рекомендуется усилить информационную базу для предотвращения инфекционных заболеваний и загрязнения окружающей среды на уровне ПМСП. Необходимо создать и обеспечить открытый доступ к базе данных по показателям гигиены труда и техники безопасности, УМО, качества воды.
* ***Разработка и проведение обучения.*** По результатам ОЭСС рекомендуется разработать и опробовать унифицированную и интегрированную систему обучения по обеспечению инфекционной безопасности и контролю МО для персонала ПМСП,.
* ***Пилотные модели УМО.*** По результатам ОЭСС Правительству рекомендуется разработать модели по УМО для выбранных районов и учреждений ПМСП, на реализацию которых будет выделен адекватный бюджет. После завершения Программы пилотные модели можно расширить, озватив ими все УПМСП.

***Рекомендуемые меры, связанные с экологическими рисками***

Чтобы облегчить подготовку Программы и свести к минимуму социальные риски, которые в общих чертах представлены в главе 7, было рекомендовано принять во внимание следующие меры. Как результат, эти меры были включены в техническую часть Программы, будут учитываться при оказании поддержки в ее реализации [[1]](#footnote-1) и отражены в предварительном графике реализации.[[2]](#footnote-2) Эффективность реализации этих мер будет отслеживаться командой Банка в рамках ее обычной работы по оказанию поддержки в реализации Программы.

* ***Стимулирование учреждений ПМСП для реализации на пилотной основе нового механизма сбора отзывов пациентов на регулярной основе.*** Если этот механизм будет реализован эффективно,это позволит улучшить мнение пациентов о профессионализме и добросовестности семейных врачей и поможет УПМСП отслеживать свою эффективность и выявлять сложности и проблемные места.
* ***Оказание технической поддержки в разработке методологии пересмотра охвата пациентов ПГГ и институализация механизма регулирования цен на лекарственные средства, включенные в ДПЛС***. Техническая поддержка по двум этим направлениям будет иметь ключевое значение для обеспечения доступа к ПМСП, особенно среди групп с низким доходом и уязвимых групп. Помимо этого, неотъемлемой частью этой работы должно стать информирование пациентов об их правах и положенных им выплатах.
* ***Мониторинг внедрения клинических протоколов, связанных с материнским здоровьем и диабетом.*** Это позволит Фонду обязательного медицинского страхования (ФОМС)установить целевые и исходные показатели для работы с этими состояниями и станет для УПМСП стимулом соблюдать эти протоколы.
* ***Ключевое значение для защиты пациентов и их права на качественную медицинскую помощь будет иметь универсальный механизм непрерывного обучения и повышения квалификации сотрудников УПМСП***. Сотрудникам в отдаленных районах (в особенности женщинам), которым сложно добираться из дома, будут особенно полезны решения, в основе которых лежат ИТ-технологии.

**Раскрытие содержания ОЭСС и консультации с общественностью**

ОЭСС была подготовлена на основе консультаций с основными заинтересованными сторонами, изучения отчетов об УМО, подготовленных двусторонними организациями и донорами, и данных, полученных от соответствующих государственных ведомств. Проект отчета о ОЭСС и содержащиеся в нем выводы были согласованы с основными заинтересованными сторонами в ходе семинара, состоявшегося в Бишкеке 15 февраля. С этой целью бумажная версия ОЭСС (на русском и английском языках) была распространена среди ключевых заинтересованных сторон 21 января 2019 года, а его электронная версия размещена на веб-сайте Минздрава КР 11 февраля 2019 года. В Бишкеке прошла встреча с большим количеством приглашённых участников, включая представителей органов государственного управления, гражданского общества, частного сектора, международных доноров, лечебных учреждений и представителямей общественных организаций. Основные отзывы, полученные в ходе общественных консультаций , включены в окончательный вариант ОЭСС. Участники встречи предложили: (i) улучшить координацию между различными государственными организациями в сфере ПМСП, особенно между учреждениями, отвечающими за здравоохранение и экологию, (ii) рекомендовать выделение ПМСП дополнительного финансирования, подчеркнув необходимость разработки самостоятельной системы для ПМСП, (iii) разработать единые правила и положения в области ПМСП для государственных и частных организаций здравоохранения. Окончательный вариант ОЭСС размещается на веб-сайтах Министерства здравоохранения и Всемирного банка.

# ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**1.1. Ориентированная на результат программа здравоохранения и Оценка экологической и социальной системы**

Настоящий отчет о проведении Оценки экологической и социальной системы был подготовлен для программы Всемирного банка, ориентированной на результат (ПОР), которая называется ***«Программа улучшения качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике» (Программа)*** и направлена на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП).

Финансирование за результат – эти один из финансовых инструментов Всемирного банка, который позволяет: 1) привязать выделение средств к достижению конкретных результатов программы, 2) помочь клиентам обеспечить результативность и эффективность своих программ, что позволяет достигать ощутимых и устойчивых результатов, 3) укрепить институциональный потенциал, процессы и процедуры, позволяющие программам достигать желаемых результатов, 4) гарантировать, что финансирование, поступающее от Всемирного банка, используется должным образом, и что в ходе реализации Программы учитываются ее экологические и социальные аспекты.

Оценка систем, которые используются для управления экологическими и социальными аспектами (так называемыми выгодами, последствиями и рисками) и связаны с предлагаемыми инвестициями по Программе. Сюда также входит оценка потенциала государственных органов с точки зрения планирования, мониторинга и отчетности по мерам, связанным с экологическими и социальными аспектами. Проводимая оценка должна гарантировать, что реализация программ, финансируемых за результат, позволяет предложить максимальную пользу, с точки зрения экологических и социальных аспектов, а также избежать, минимизировать или смягчить негативные экологические и социальные последствия и риски. Задача ОЭСС – улучшить институциональную эффективность, связанную с достижением целей программы в области развития. По результатам ОЭСС готовится План действий Программы (ДПП), на который государственные органы должны опираться для устранения любых существенных пробелов в системах управления экологическими и социальными аспектами, исходя из принципов обеспечения устойчивости ПОР (см. Вкладку №1).

Вкладка №1. Основные принципы для ОЭСС

|  |
| --- |
| **Основной принцип 1: Общий принцип экологического и социального управления**. Этот основной принцип направлен на содействие обеспечению экологической и социальной устойчивости при разработке Программы; избегать, минимизировать или смягчать неблагоприятные воздействия и содействовать принятию обоснованных решений, касающихся экологических и социальных последствий Программы.  **Основной принцип 2: Естественная среда обитания и материальные объекты культурного наследия.** Этот основной принцип направлен на то, чтобы избегать, минимизировать или смягчать неблагоприятные воздействия на естественную среду обитания и материальные объекты культурного наследия в процессе реализации Программы.  **Основной принцип 3: Безопасность населения и работников.** Этой основной принцип направлен на обеспечение безопасности и защиту населения и работников от потенциальных рисков, связанных с: (i) строительством и/или эксплуатацией объектов или другой операционной практики в рамках Программы; (ii) воздействием токсичных химикатов, опасных отходов и других опасных материалов в рамках Программы; и (iii) реконструкцией или восстановлением инфраструктуры, расположенной в районах, подверженных стихийным бедствиям.  **Основной принцип 4: Отвод земли.** Этот основной принцип направлен на управление отводом земли и потерей доступа к природным ресурсам таким образом, чтобы избегать или минимизировать вынужденное перемещение населения, и помогать затрагиваемым лицам улучшать или, как минимум, восстанавливать свои источники средств к существованию и уровень жизни.  **Основной принцип 5: Коренное население и уязвимые группы.** Этот основной принцип направлен на то, чтобы должным образом учитывать культурную уместность и справедливый доступ к пользе от реализации Программы, уделяя особое внимание правам и интересам коренного населения и потребностям или проблемам уязвимых групп.  **Основной принцип 6: Социальный конфликт.** Этот основной принцип направлен на то, чтобы избегать обострения социальных конфликтов – особенно, в нестабильных государствах, на постконфликтных территориях или в районах, являющихся предметом территориальных споров. |

По сравнению с инвестиционным кредитованием, финансирование в рамках ПОР имеет другой подход к оценке и управлению экологическими и социальными последствиями Программы. В рамках инвестиционного кредитования заемщик должен обеспечить соответствие социальным и экологическим политикам Всемирного банка, чтобы предотвращать, смягчать и управлять социально-экологическими последствиями. А в случае ПОР в ходе реализации проекта команда Всемирного банка проводит ОЭСС и оказывает поддержку, необходимую для реализации согласованного Плана действий Программы, подготовленного по результатам ОЭСС.

В частности, задача ОЭСС – проверить, насколько существующие в стране системы соответствуют требованиям ПОР в секторе ПМСП. Для этого оцениваются (1) системы (как они сформулированы в законодательстве страны), (2) способность организаций эффективно использовать существующие в стране системы управления социально-экологическими аспектами, чтобы управлять любыми экологическими и социальными последствиями, а также предусмотренными в ПДП мерами, которые позволяют устранить основные пробелы в системе, выявленные в ходе ОЭСС в связи с основными принципами политики банка в сфере финансирования за результат.

## 1.2 Оценка экологических и социальных систем для Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи

Настоящий отчет о ОЭСС для данной ПОР (***Программа улучшения качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике***) был подготовлен сотрудниками Всемирного банка на основе данных и информации, полученных у Министерства здравоохранения и в ходе консультаций с другими ключевыми сторонами. В нем рассматриваются существующие в Кыргызской Республике системы управления экологическими и социальными аспектами, которые применимы к здравоохранению и мероприятиям, которые получат поддержку в рамках программы. В нем также описываются потенциальные социально-экологические последствия, связанные с мероприятиями, получающими поддержку в рамках этой ПОР, приводится оценка ролей и ответственности различных сторон в связи с ее реализацией, и предлагается описание текущего потенциала, связанного с исполнением этих ролей. Помимо этого, в документе предлагаются механизмы участия общественности, социальной вовлеченности и рассмотрения жалоб, которые могут быть применимы к мероприятиям ПОР.

Исходные данные, которые были проанализированы для данной ОЭСС, включают в себя следующие элементы:

*Аналитический обзор политики, нормативно-правовой базы и программных документов.* В ходе такого обзора был рассмотрен ряд требований национальной политики и законодательства, касающихся охраны окружающей среды и социального управления в секторе здравоохранения. В обзор также были включены отчетные документы из ряда проектов Всемирного банка в секторе здравоохранения, реализованных с 1996 года, а именно: Проекта реформы сектора здравоохранения, Второго проекта реформы сектора здравоохранения и текущего Проекта в области здравоохранения и социальной защиты (SWAp1: 2010-2015 и SWAp2: 2014-2018), а также пилотного Проекта по финансированию здравоохранения на основе результатов.

*Институциональный анализ:* Был проведен институциональный анализ для определения ролей, обязанностей и структуры соответствующих учреждений, отвечающих за реализацию мероприятий ПОР, включая координацию между различными организациями на национальном, региональном и местном уровнях. К использованным источникам относятся законы и нормативные акты, правительственные программы и стратегии, доклады ключевых учреждений, сосредоточенные на процессах экологической и социальной оценки и управления, соответствующие сообщения и новости из средств массовой информации. Имеющиеся литературные источники и документы также были изучены с целью оценки возможностей и эффективности системы управления медицинскими отходами, а также доступа к медицинским услугам.

*Интервью:* Были проведены беседы с правительственными министерствами, ведомствами и муниципальными органами власти, а также с институтами здравоохранения, НПО и техническими экспертами, занимающимися оценкой и управлением экологическим и социальным воздействием в секторе здравоохранения. В частности, были проведены официальные беседы с соответствующими сотрудниками МЗ, ФОМС, ГАООСЛХ и ГИЭТБ, экспертами проектов ПРООН-ГЭФ, Швейцарского Красного Креста, ШАРС и Швейцарского Зеленого Креста, работающими в секторе санитарного и инфекционного контроля (СИК) и управления медицинскими отходами (УМО) в системе здравоохранения. Кроме того, были проведены интервью с НПО, работающими в секторе здравоохранения и с медицинскими отходами, а также в учреждениями первичной медико-санитарной помощи, с посещением больниц и центров семейной медицины (ЦСМ) и учреждений общественного здравоохранения (УПМСП) для оценки сильных сторон и пробелов в эффективном управлении воздействием на окружающую среду и, в частности, в цикле СИК и УМО в подсекторе ПМСП на региональном и местном уровне.

Помимо этого, подготовка ОЭСС включала в себя консультации с заинтересованными сторонами и раскрытие содержания отчета ОЭСС в соответствии с политикой доступа к информации Всемирного банка. Командой занимающихся программой экспертов был разработан процесс консультаций для составления отчета ОЭСС. К основным аспектам такого процесса относится семинар для заинтересованных сторон с участием представителей гражданского общества, исполнителей программы на разных уровнях и партнеров по развитию, поддерживающих подсектор ПМСП, наряду с обнародованием содержания данного документа на веб-сайтах МЗ и ФОМС с целью получения замечаний и предложений от заинтересованных сторон.

Настоящий отчет об ОЭСС имеет следующую структуру: введение; глава 2, в которой описывается сектор и контекст, в котором работает Программа; глава 3, предлагающая краткий обзор ключевых сторон, связанных со здравоохранением в Кыргызской Республике; глава 4, посвященная экологическим рискам и рискам, связанным со здравоохранением, а также существующему законодательству и системам, позволяющим устранять эти риски; глава 5, в которой рассматриваются основные тенденции развития инфекционного и эпидемиологического контроля, а также вопросы управления медицинскими отходами; глава 6, предлагающая описание потенциальных социальных последствий программы: глава 7, включающая в себя выводы, связанные с инфекционным контролем и управлением медицинскими отходами; глава 8, в которой приводятся рекомендации для устранения социально-экологических рисков и мероприятия, предусмотренные в РПП; глава 9, предлагающая краткий обзор процесса проведения консультаций и полученных в ходе этих консультаций комментариев.

# 2. СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ И ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

## 2.1 Ситуация в секторе

***Реформирование здравоохранения в Кыргызской Республике.*** Кыргызская Республика (КР) считается пионером среди стран Центральной Азии и бывшего Советского Союза с точки зрения реформирования здравоохранения. С середины 1990-х годов страна провела ряд реформ: «Манас» (1996-2005), «Манас-Таалими» (2006-2011) и «Ден-Соолук» (2012-2018). КР считается пионером в этой области благодаря:

* Внедрению «Единого закупщика» услуг, которым еще 20 лет назад стал Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который получает средства на национальном уровне для приобретения стандартного пакета услуг как в богатых, так и бедных регионах;
* Внедрению базового пакета медицинской помощи (Программа государственных гарантий – ПГГ), гарантирующего доступ всего населения (бесплатно или за минимальную цену) к минимальному пакету медицинских услуг в области первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и профилактической медицины;
* Реформированию модели оказания услуг, что позволило внедрить в ПМСП принципы семейной медицины и более рационально использовать больничный потенциал, унаследованный с советских времен;
* Финансированию здравоохранения как приоритетного направления – значительная доля государственных расходов сегодня связана со здравоохранением;
* Эффективной координации между донорами, что позволяет оказывать поддержку государственным реформам в области здравоохранения благодаря общесекторальному (широкосекторальному) подходу.

Правительство КР подготовило новую программу в области здравоохранения, которая называется «Программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы». Девиз этой программы, подчеркивающей важность здоровья, как инвестиции в экономическое развитие, – «Здоровый человек - процветающая страна».

Для программы определены четыре приоритетных направления, включающие в себя улучшение первичной медико-санитарной помощи и рационализация работы больниц и служб скорой помощи, а также шесть межсекторальных направлений, связанных с укреплением различных структурных элементов системы здравоохранения: лабораторные услуги, лекарственные средства и медицинские изделия, человеческие ресурсы для системы здравоохранения, развитие электронного здравоохранения и системы финансирования здравоохранения. Настоящая Программа представляет собой «дорожную карту» для сектора здравоохранения и является инструментом мобилизации и гармонизации поддержки, оказываемой партнерами по развитию и другими ключевыми сторонами.

## 2.2 Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи со стороны Всемирного банка

Чтобы поддержать работу КР по реформированию своей системы здравоохранения и реализации новой государственной программы в секторе здравоохранения на 2019-2030 годы, Всемирный банк в настоящее время готовит кредитную операцию для ***Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи (Программа)***. В рамках Программы предусмотрено следующее финансирование: 20 млн долларов США в качестве кредита от МАР и 17 млн долларов США от двух других доноров через соглашение о Многостороннем донорском трастовом фонде (МДТФ) со Всемирным банком.

Несмотря на то, что в рамках предыдущих реформ здравоохранения была внедрена семейная медицина, позволившая снизить нагрузку на больницы, кыргызская система здравоохранения все еще в огромной степени опирается на больничные услуги. Координацией и объединением медицинской помощи практически не занимаются. Учреждения ПМСП не привлекательны для населения, что приводит к тому, что население как правило обращается сразу в организации следующего уровня. Учреждения ПМСП не могут эффективно выявлять и лечить хронические заболевания. Более того, в стране отсутствует система мониторинга, анализа и улучшения качества медицинской помощи и нет четкого распределения ролей и обязанностей между Министерством здравоохранения (МЗ) и ФОМС, а взаимодействие между МЗ и ФОМС в области улучшения качество медицинского обслуживания неэффективно.

В этих условиях из четырех направлений государственной программы для ПОР была выбрана именно ПМСП. Это позволит направить внимание и ресурсы программы на оказание поддержки там, где наблюдается наибольший потенциал для достижения цели развития программы. Помогая улучшить качество ПМСП, Программа также поможет обеспечить более эффективное использование средств государственного и частного сектора, вкладываемых в ПМСП.

***Цель развития*** данной Программы – помочь улучшить качество первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике.

В эту ПОР включены межсекторальные области государственной программы так как они напрямую связаны с ПМСП. Так, в рамках Программы будет поддерживаться разработка системы сбора и анализа данных о качестве ПМСП, однако не будут решаться вопросы, связанные с повесткой дня в области электронного здравоохранения, так как это требует более целенаправленной работы и инвестиций. В этой связи некоторые мероприятия программы могут перекликаться с работой в области общественного здравоохранения и больниц, которая напрямую связана с качеством ПМСП.

Программа сосредоточена на трех направлениях, которые являются основными слабыми местами для улучшения качества ПМСП:

*Область результатов 1: Интеграция в медицинское обслуживание механизмов стабильного улучшения качества*

*Область результатов 2: Укрепление стратегических закупок для обеспечения качества медицинской помощи*

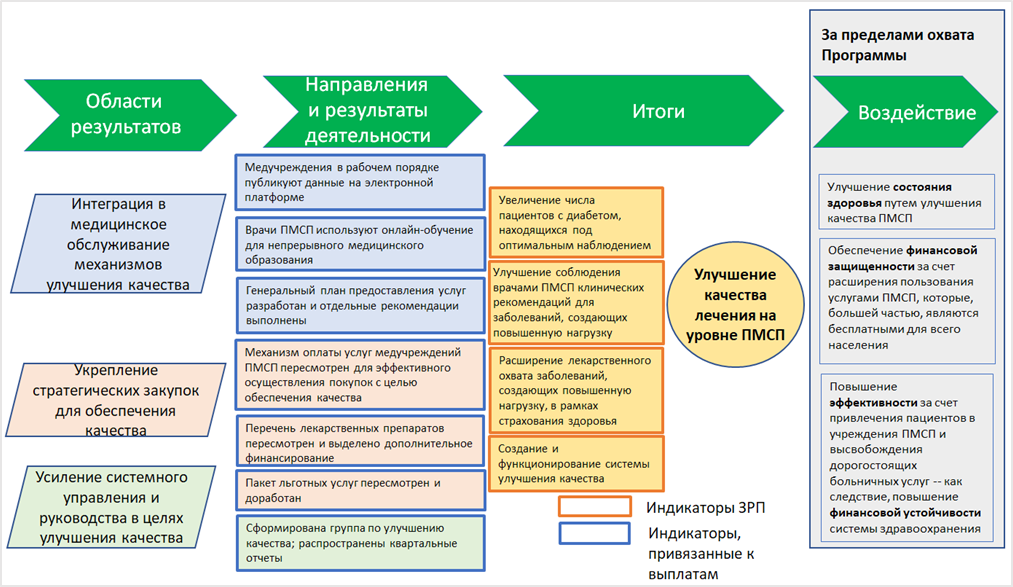
*Область результатов 3: Усиление системного управления и руководства сектором здравоохранения в целях улучшения качества*

**Первая область результатов** предусматривает поддержку создания: 1) системы постоянного сбора данных о качестве медицинского обслуживания и поддержания с поставщиками обратной связи по вопросам, касающимся пробелов в качестве; 2) системы, которая позволила бы улучшить доступ к качественному непрерывному медицинскому образованию (НМО), способному устранять выявляемые пробелы в качестве.

**Вторая область результатов** предусматривает изменение механизмов оплаты и реализации ССП, что позволит облегчить стратегические закупки, необходимые для обеспечения качества. Перечни лекарственных средств в рамках государственного плана возмещения расходов на лекарственные средства и ПГГ будут пересмотрены, что поможет улучшить охват отобранных неинфекционных заболеваний и охраны здоровья матери и ребенка (ОЗМиР). **Третья область результатов** направлена на создание на республиканском уровне структуры и механизма, которые бы обеспечивали координацию усилий по улучшению качества медицинской помощи в системе ПМСП, а также на создание механизма контроля цен на препараты, включенные в ДПЛС.

***«Теория изменений» для Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи*** представлена ниже на Рисунке 1, где наглядно показано, каким образом мероприятия и промежуточные итоги в каждой из областей приведут к достижению ЦРП и помогут достичь конечных результатов для системы ПМСП.

**Рисунок 1. «Теория изменений» для Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи**



# 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРУГА ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН

## 3.1. Основные заинтересованные стороны

#### Министерство здравоохранения (МЗ)

МЗ является ведущим партнером и главным координатором реализации ПОР. МЗ отвечает за политику здравоохранения и разработку законодательства и нормативных актов для организации и предоставления медицинских услуг. Задачами МЗ являются разработка и реализация государственной политики по (i) улучшению качества и обеспечению доступа населения к медицинским услугам; (ii) медицинскому обслуживанию населения (общественное здравоохранение); (iii) развитию государственно-частного партнерства в области здравоохранения; (iv) совершенствованию бюджетной и страховой медицины.

Министерство выполняет следующие функции: разработка секторальной политики, функции регулирования, функции координации, мониторинга и надзора, функции оказания услуг и вспомогательные функции, в частности:

* разрабатывает и реализует национальные, государственные и целевые программы в области здравоохранения и профилактики заболеваний, продвигает программу государственных медицинских гарантий, а также осуществляет мониторинг и оценку их реализации;
* разрабатывает проекты нормативных правовых актов в области здравоохранения и передает их на утверждение Правительству Кыргызской Республики;
* определяет объем и условия оказания медицинской помощи;
* контролирует и оценивает деятельность по оказанию медицинских и фармацевтических услуг;
* разрабатывает и реализует стратегию профилактики инфекционных и хронических неинфекционных заболеваний;
* Разрабатывает и реализует государственную политику в области фармацевтики, здравоохранения, организации контроля качества, эффективности и безопасности медицинских услуг;
* создает и развивает государственно-частные партнерства в системе здравоохранения;
* разрабатывает и внедряет единую систему первичной медицинской документации и статистики организаций здравоохранения независимо от их формы собственности;
* разрабатывает и внедряет квалифицированную систему управления безопасностью медицинских и фармацевтических услуг;
* участвует в разработке стандартов аккредитации для организаций здравоохранения;
* организует реестр медицинского и фармацевтического персонала;
* осуществляет лицензирование частной медицинской практики, а также производство и реализацию лекарственных препаратов, вакцин и сывороток, медикаментов и медицинского оборудования;
* Реализует мероприятия по укреплению общественного здоровья, вовлекая гражданское общество, средства массовой информации и общественные организации в формирование здорового образа жизни;
* Реализует мероприятия по улучшению инфраструктуры и технической базы организаций здравоохранения;
* представляет, в пределах своей компетенции, интересы Кыргызской Республики на международном уровне.

Особое место в системе здравоохранения занимает подразделение МЗ «***Департамент профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора*»** (ДПЗиГСЭН), за которым (включая 51 территориальных подразделения) Правительством КР закреплена функция надзора и контроля за выполнением нормативно-правовых документов в области общественного здравоохранения. Ключевую роль для организации ПМСП на всех уровнях играют центры профилактики заболеваний ДПЗиГСЭН. В частности, ДПЗиГСЭН отвечает разработку проектов нормативных правовых актов в области общественного здравоохранения и передачу их для утверждения в ПР КР; государственное регулирование в сфере гигиены окружающей среды и эпидемиологии, в том числе химической, биологической и радиационной безопасности населения; контроль и надзор за объектами здравоохранения (в том числе ПМСП) и питьевого водоснабжения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, с выявлением и прогнозированием возможного влияния биологических, химических, радиационных и других физических факторов на здоровье населения; оценку состояния объектов окружающей среды (питьевая вода, вода открытых водоемов в местах водопользования, почвы) по показателям безопасности для здоровья. Важно отметить, что несмотря на большое количество функций, многие отраслевые стандарты, положения, требования и стандарты, разработанные МЗ, не являются обязательными для частных медицинских учреждений (за исключением специально оговоренных случаев), и чтобы сделать их обязательными требуется решение Правительства Кыргызской Республики.

#### Фонд обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики

ФОМС является исполнительным органом Кыргызской Республики, который реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования (ОМС) граждан.

ФОМС гарантирует предоставление качественной медицинской и профилактической помощи в рамках Программы государственных гарантий для обеспечения граждан Кыргызской Республики программами медицинской помощи и ОМС.

Задачи ФОМС заключаются в следующем: проведение государственной политики базового государственного страхования и ОМС; обеспечение финансовой устойчивости системы базового государственного страхования и ОМС, а также создание условий для гармонизации объема и качества медицинской помощи с целью обеспечения справедливого и равного доступа граждан к профилактическим, медицинским и фармацевтическим услугам; накопление финансовых ресурсов, предназначенных для обеспечения финансовой устойчивости системы Единого плательщика и системы медицинского страхования; контроль за рациональным и целевым использованием системы Единого плательщика; создание равных условий для определения стоимости медицинских услуг для организаций здравоохранения, независимо от формы собственности, в рамках программ государственных гарантий; улучшение контроля качества работы поставщиков профилактических, медицинских и фармацевтических услуг.

Средства ФОМС являются государственной собственностью; они не отнесены к каким-либо другим бюджетам или фондам.

## 3.2. Другие заинтересованные стороны, представляющие государственный сектор

#### Правительство

Правительство координирует и утверждает положения и регулирует деятельность Министерства здравоохранения, ФОМС, Государственное агентство охраны окружающей среды и лесного хозяйства (ГАООСЛХ), Государственная инспекция по экологической и технической безопасности (ГИЭТБ) и других государственных структур, отвечающих за контроль окружающей среды и здравоохранения. Стандарты, правила, требования и протоколы в сфере здравоохранения, утвержденные Правительством КР, обязательны для исполнения всеми медицинскими учреждениями, независимо от формы собственности.

#### Другие министерства и государственные ведомства

Министерство финансов оказывает сильное влияние на процесс разработки бюджета системы здравоохранения через свои управления, которые изучают предложения касательно государственного бюджета здравоохранения, определяемые, разрабатываемые и представляемые МЗ и ФОМС. Министерство финансов призвано сыграть ключевую роль в обеспечении финансирования ПОР для сектора здравоохранения.

***Государственная инспекция по экологической и технической безопасности (ГИЭТБ)*** является уполномоченным государственным органом, осуществляющим государственный надзор и контроль за экологической и технической безопасностью жизни и здоровья людей, животного и растительного мира, контролирует окружающую среду и предотвращает негативные последствия. Она выполняет следующие функции:

* контролирует соблюдение: (i) трудового законодательства КР и других нормативных правовых актов по вопросам охраны труда; (ii) защиты окружающей среды и использования природных ресурсов; (iii) природоохранного законодательства, правил, лимитов, квот и норм природопользования, норм выбросов и сбросов загрязняющих веществ и удаления отходов в природной среде;
* контролирует: (i) осуществление мер по очистке сбросов и выбросов загрязняющих веществ в окружающую среду; (ii) удаление отходов;
* назначает представителей ГИЭТБ для участия в комиссиях по вопросам, затрагивающим экологическую и техническую безопасность.

***Государственное агентство охраны окружающей среды и лесного хозяйства (ГАООСЛХ)*** является государственным исполнительным органом по реализации политики и нормативных правовых актов в сфере охраны окружающей среды, обеспечения экологической безопасности и природопользования.

В частности, ГАООСЛХ выполняет следующие функции: (i) реализация государственной политики и осуществление регулирования в области охраны окружающей среды и экологической безопасности (в том числе, химической, биологической и радиационной); (ii) мониторинг загрязнения окружающей среды; (iii) анализ состояния загрязнения окружающей среды и информирование (для принятия решений) государственных органов и хозяйствующих субъектов; (iv) совместно с министерствами, административными ведомствами, местными органами управления и хозяйствующими субъектами ведет учет использования природных ресурсов, выбросов, сбросов загрязняющих веществ, отходов и прочих вредных воздействий на окружающую среду, а также их источников, включая радиоактивные; (v) в установленном законом порядке выдает, приостанавливает и отзывает лицензии и разрешения; (vi) проводит государственную экологическую экспертизу; (vii) организует экологический контроль, включая администрирование и наложение штрафов, в пределах своей юрисдикции; (viii) обеспечивает участие всех заинтересованных сторон в разработке, принятии и внедрении экологически значимых решений, наряду с обеспечением доступности экологической информации.

***Министерство образования и науки*** Кыргызской Республики реализует единую государственную политику в области образования, науки и научно-технической деятельности, а также осуществляет государственный контроль за доступностью и качеством образования. В частности, основными задачами Министерства в сфере образования в области здравоохранения являются: (i) создание системы образования, направленной на профессиональное развитие; (ii) улучшение качества образования; (iii) создание условий и механизмов для развития научной деятельности; (iv) развитие инфраструктуры и материальное обеспечение организаций образования; (v) разработка, в координации с МЗ и ФОМС, а также другими государственными учреждениями, работодателями и прочими социальными партнерами, Перечня профессий и специальностей для подготовки кадров, а также государственных образовательных стандартов; (vi) координация работы учебно-методических объединений и советов по подготовке и изданию учебных материалов и информационному обеспечению профессиональных образовательных программ.

## 3.3. Органы здравоохранения на муниципальном уровне (областные и районные)

Административно-территориальное деление Кыргызской Республики состоит из трех уровней. На первом уровне находятся 2 города республиканского значения (Бишкек и Ош) и 7 областей. В состав областей входят 13 городов областного значения и 40 районов. Город Бишкек разделен на 4 городских района.

Местные государственные администрации и органы местного самоуправления Бишкека и Оша координируют деятельность организаций здравоохранения на соответствующем уровне, осуществляют мониторинг реализации национальных, государственных и целевых программ в области охраны здоровья через свои координационные комиссии по вопросам здравоохранения.

Координационные комиссии по общественному здравоохранению при местных государственных администрациях и органах местного самоуправления Бишкека и Оша осуществляют свою деятельность в соответствии с положениями, утвержденными соответствующими местными государственными администрациями и органами местного самоуправления Бишкека и Оша.

## 3.4. Организации здравоохранения

В Кыргызстане существует три уровня системы здравоохранения: первичный, вторичный и третичный уровни, которые интегрированы в различные типы медицинских учреждений.

Всего в Кыргызской Республике насчитывается около 2000 медицинских учреждений первичного уровня. Среди них: 64 центра семейной медицины (ЦСМ), 28 центров здравоохранения (ЦЗ), 715 групп семейных врачей (ГСВ), 17 независимых ГСВ (НГСВ), 128 региональных отделений и 2 городских пункта неотложной помощи, а также 1038 сельских пунктов первой помощи (фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)). ФАПы оказывают медицинскую помощь 26% населения страны, проживающего в сельской местности. Статистика посещаемости ФАПов показывает около 4 700 000 посещений в год, при общей численности сельского населения, составляющей около 3 600 000 человек. В целом, посещаемость врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи в стране составляет около 20 000 000 посещений в год, при общей численности населения КР, насчитывающей чуть более 6 000 000 человек.

Кроме того, ОЗ, оказывающие различные виды медицинских услуг, имеются в структуре Министерства внутренних дел КР, Государственной службы исполнения наказаний, Министерства социального развития, Министерства образования и науки, Министерства образования, Министерства обороны и Государственного комитета национальной безопасности: всего насчитывается около 100 таких организаций.

Кроме того, ПМСП предоставляется в, приблизительно, 2500 таких заведений как школы, лицеи, интернаты, санатории и пансионаты, средние специальные и высшие учебные заведения.

Частный сектор здравоохранения представлен как юридическими, так и физическими лицами. Частные врачи и неправительственные медицинские организации предоставляют медицинские услуги по 37 видам медицинских специальностей, включая стоматологию, массаж и мануальную терапию, гинекологическую, терапевтическую, дерматовенерологическую помощь, иглоукалывание и т.д. Частные медицинские учреждения не находятся под юрисдикцией МЗ, и это создает путаницу и ряд трудностей с обеспечением общего контроля за их деятельностью; соответствующие правила требуют издания специального постановления Правительства. Несмотря на отсутствие официальных данных, в сельской местности Кыргызской Республики почти нет частных организаций, предлагающих ПМСП.

## 3.5. Образовательные организации

Организации здравоохранения в Кыргызской Республике взаимодействуют с высшими и средними специальными образовательными учреждениями по вопросам практической подготовки студентов, подготовки и переподготовки кадров на договорной основе.

В целом, в Кыргызстане имеется широкая сеть образовательных учреждений, предоставляющих высококачественные фундаментальные медицинские знания: Медицинская академия в Бишкеке, медицинский факультет Государственного университета в Оше, медицинский факультет Кыргызско-Российского славянского университета, медицинский факультет Международного университета Кыргызстана, медицинский факультет Кыргызско-Турецкого университета «Манас». Эти институты предоставляют высшее и послевузовское медицинское образование, а также осуществляют повышение квалификации и дальнейшее непрерывное профессиональное обучение медицинских работников.

## 3.6. Другие участвующие стороны

В КР действует широкая сеть организаций и учреждений службы общественного здравоохранения: Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций, Республиканский центр иммунопрофилактики, Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом и их подведомственные учреждения. Особую роль в организации общественного здравоохранения играет ***научно-производственное объединение (НПО) «Профилактическая медицина»***, занимающееся проблемами этиологии и эпидемиологии инфекционных заболеваний и паразитологии, а также вопросами их специфической и неспецифической профилактики, экологической медицины, гигиены питания, профилактики и лечения профессиональных заболеваний. НПО «Профилактическая медицина»оказывает МЗ научную и экспертную помощь в разработке программ общественного здравоохранения, участвует в реализации международных проектов в области общественного здравоохранения. Кроме того, НПО «Профилактическая медицина» принимает активное участие в совершенствовании образовательных программ – в частности, программы образования и повышения компетенции врачей общей практики, которая была разработана в сотрудничестве с Государственной медицинской академией и в настоящее время утверждается Министерством образования.

Неправительственные организации (НПО)

В стране нет НПО, которые бы занимались управлением медицинскими отходами. Некоторые из них занимаются управлением отходов (например, организация «Независимая экологическая экспертиза» - <http://ghs.eco-expertise.org>), однако в основном их работа связана с химическими и промышленными загрязнениями. Многие другие НПО связывают свою деятельность с экологическими вопросами: заповедниками, биоразнообразием, вопросами водопользования и землепользования.

Самой активной НПО, работающей в подсекторе ПМСП, является Ассоциация семейных врачей (которая не занимается управлением медицинскими отходами). С помощью этой ассоциации за последние 20 лет институт семейной медицины значительно укрепился и сейчас объединяет 1640 семейных врачей и 4328 медсестер, которые работают в центрах семейной медицины (ЦСМ), группах семейных врачей (ГСВ) и ФАПах. Ассоциация способствует развитию системы направлений к медицинским специалистам, принятию мер по совершенствованию оснащения ПМСП, совершенствованию системы подготовки и переподготовки кадров в сфере охраны семейного здоровья. При содействии Ассоциации проводятся тематические встречи, семинары и конференции, разрабатываются клинические руководства и стандартные рабочие процедуры.

***СМИ***

Средства массовой информации играют все более важную роль в повышении осведомленности о процессе реформ, что в значительной степени влияет на общественное мнение о реформах – особенно, в сельской местности. Готовятся регулярные телевизионные передачи и репортажи, посвященные различным проблемам, связанным с реформами здравоохранения. Существует несколько профессиональных научных и практических изданий в области здравоохранения: научно-практический журнал «Медицина Кыргызстана», научно-практический журнал «Здравоохранение Кыргызстана», общедоступный портал AIBOLIT.KG.

## 3.7. Механизмы координации заинтересованных сторон

При реформировании политики межсекторального сотрудничества с другими профильными министерствами МЗ сотрудничает с Министерством сельского хозяйства, Министерством чрезвычайных ситуаций, Министерством образования и науки, Министерством труда и социального развития, Государственным агентством по делам молодежи, физической культуры и спорта, ФОМС, Государственной инспекцией по ветеринарной и фитосанитарной безопасности, Государственной инспекцией по экологической и технической, безопасности и др., а результаты деятельности МЗ зачастую зависят от того, насколько эффективно работает такое сотрудничество.

Механизмы координации между основными министерствами и ведомствами развиты, в целом, хорошо, и, как правило, функционируют в форме межведомственных комиссий по целевым вопросам. Например, это относится к разработке Национальной стратегии обращения с медицинскими отходами. В обсуждении целевых вопросов участвуют организации гражданского общества, состоящие в соответствующих координационных советах – таких, например, как Общественный совет Министерства здравоохранения, Общественный наблюдательный совет ФОМС и другие.

Однако по целому ряду вопросов – таких как профилактика заболеваний, оценка и мониторинг факторов риска, управление медицинскими отходами – необходимо улучшать систему координации с такими государственными структурами, как МЧС, ГИЭТБ, ГАООСЛХ. Это требует усовершенствования и системы скоординированных действий между специалистами санитарно-эпидемиологического надзора (СЭС) и ФОМС. Оценивая эффективность работы организаций здравоохранения, ФОМС мог бы внедрить индикаторы здравоохранения и обращения с медицинскими отходами, однако, не имея собственных специалистов в этой области, он не может пригласить для этого специалистов по санитарии. С другой стороны, Департаменту санитарно-эпидемиологического надзора МЗ пока не известно о таких инициативах ФОМС, поэтому им необходимо улучшать дальнейшие согласованные действия. Укрепление механизма межсекторального сотрудничества и координации является обязательным условием для осуществления многих мероприятий в области здравоохранения. Координация между ГИЭТБ и СЭС по вопросам надлежащего контроля УМО за рамками ОЗ (особенно, в подсекторе ПМСП) отсутствует.

Координация действий с образовательными учреждениями и Министерством образования и науки играет важную роль в укреплении сектора ПМСП – в том числе, в области инфекционной и эпидемиологической безопасности. Необходимо усилить работу по организации системы повышения квалификации персонала ПМСП, подготовки семейных врачей и медсестер, четко осознающих важность мер по предупреждению инфекционных заболеваний и загрязнения окружающей среды.

С точки зрения координации государственной санитарно-эпидемиологической безопасности, огромной проблемой является ответственность частного сектора в секторе здравоохранения, который все еще очень плохо контролируется – как государственными органами, так и общественными организациями.

## 3.8. Международные партнеры по развитию и их ключевые проекты в секторе здравоохранения

В секторе здравоохранения Кыргызской Республики действует несколько международных организаций, и их роль была и остается важной в продвижении и поддержке реформы системы здравоохранения.

ВОЗ, Всемирный банк, ЕС, Швейцарское агентство развития и сотрудничества, KfW, ПРООН, USAID, DfID и GIZ являются ключевыми партнерами по развитию, работающими в секторе здравоохранения. Важным партнером в процессе реформ является Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). ВОЗ взяла на себя обязательство помогать Правительству в выборе и применении наилучшей практики, предоставлять методики и руководства, заниматься развитием потенциала.

С момента открытия в 1994 году своего представительства в стране ***ВОЗ*** направляет свое основное внимание улучшению общественного здравоохранения, ликвидации неравенства в сфере здравоохранения, реформированию сектора здравоохранения, расширению доступа общественности к качественным медицинским услугам. ВОЗ содействует разработке политики и стратегий в секторе здравоохранения, а также оказывает воздействие на здоровье; правильное направление технических консультаций; содействие созданию и развитию партнерских отношений; продвижение здоровья и здорового образа жизни; обмен информацией по вопросам здравоохранения. КР реализует стратегии ВОЗ по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарной помощью и укреплению систем здравоохранения; увеличению потенциала службы здравоохранения и улучшению контроля за инфекционными и неинфекционными заболеваниями. Приоритеты совместной работы изложены в Соглашении о сотрудничестве между ВОЗ и Кыргызстаном.

***Всемирный банк*** на протяжении долгого времени плодотворно сотрудничает с Кыргызстаном, поддерживая национальные реформы в секторе здравоохранения. Проект реформы сектора здравоохранения («Здравоохранение I», 1996-2002 гг.) и Второй проект реформы сектора здравоохранения («Здравоохранение II», 2001-2006 гг.) поддержали ключевые элементы программы «Манас» (1996-2005 гг.). Оба проекта добились удовлетворительных результатов, что привело к укреплению элементов системы здравоохранения и проведению первого поколения реформ с целью более эффективного достижения улучшенных услуг и результатов.

С 2010 года Всемирный банк оказывает системе здравоохранения поддержку в форме SWAp, объединяя свое финансирование с финансированием других доноров и бюджетным финансированием в общую корзину для поддержки национальных программ реформы здравоохранения. Банк был ведущим агентством в рамках двух последовательно реализуемых SWAp (SWAp-1 в 2010-2015 гг. и SWAp-2 в 2014-2018 гг.). С 2014 года Банк также оказывает ФОМС и Минздраву поддержку в реализации пилотной программы «Финансирование на основе результатов» (ФОР), направленной на улучшение качества оказываемых в районных больницах услуг по охране материнского здоровья и здоровья новорожденных. Результаты предварительной оценки воздействия показали значительное положительное влияние на оценку новорожденных по шкале Апгар и кровопотерю у матерей, а также на кровоснабжение, доступность и качество лекарств и мотивацию медучреждений.

С 2002 года, при поддержке ***Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству*** и ***Швейцарского Красного Креста*** в стране было организовано несколько проектов по улучшению УМО в больницах и повышению качества медицинской помощи посредством внедрения во всех больницах современных мер инфекционного контроля и переоценки роли заинтересованных сторон в системе здравоохранения, необходимой для поддержки мероприятий по борьбе с инфекциями.

Вся деятельность этого цикла проектов реализовывалась совместно с Республиканским центром инфекционного контроля Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» (РЦИК НПО «ПМ») в рамках двух фаз целевой программы «Управление медицинскими отходами и контроль за внутрибольничными инфекциями в Кыргызской республике».

В 2002 году РЦИК НПО «ПМ» предложил внедрять в ОЗ КР системы инфекционного контроля и УМО направленные на инфекционную безопасность пациентов в больницах Кыргызской Республики, где больничный персонал добросовестно и качественно выполняет процедуры инфекционного контроля, понимая все свои потребности, а также обучается и контролируется квалифицированным специалистом по инфекционному контролю, который, в свою очередь, пользуется поддержкой руководства больниц и территориальных центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Вся деятельность этого цикла проектов направлена на развитие устойчивой системы инфекционного контроля и УМО в больницах Кыргызской Республики, где больничный персонал добросовестно и качественно выполняет процедуры инфекционного контроля, понимая все свои потребности, а также обучается и контролируется квалифицированным специалистом по инфекционному контролю, который, в свою очередь, пользуется поддержкой руководства больниц и территориальных центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Реализация этих проектов способствовала, в целом, созданию системы устойчивого развития сектора, в которой: 1) все соответствующие органы здравоохранения, которые влияют на область инфекционного контроля, договариваются между собой, чтобы создать эффект совместных действий и, таким образом, сделать инфекционный контроль приоритетом для руководства и персонала больницы; 2) на базе всех областных больниц организованы учебно-методические центры инфекционного контроля, в которых созданы условия для качественного обучения работников программам инфекционного контроля; 3) специалисты областных больниц и эпидемиологи областного санитарно-эпидемиологического надзора, являющиеся инструкторами этих центров, оказывают методическую помощь при проведении учебных и мониторинговых посещений специалистов районных учреждений; 4) руководители больниц четко понимают свою роль в осуществлении надлежащего инфекционного контроля в своих учреждениях, осознают связанные с этим экономические выгоды, а также планируют и выделяют на это достаточный бюджет; 5) больницы оснащены основным оборудованием для инфекционного контроля. Хотя эти проекты были, в основном, направлены на улучшение УМО в больницах, они внесли большой вклад в изменение инфекционного контроля на уровне ПМСП. Проектные мероприятия помогли ОЗ первичного уровня лучше организовать сортировку, дезинфекцию и транспортировку медицинских отходов в центры сбора МО. Немногие УПМСП (рассчитанные более чем на 20 койко-мест) были также оснащены автоклавами и современными средствами дезинфекции и утилизации.

По сути, в рамках этой деятельности сначала была разработана технология обращения с зараженными отходами, которая затем последовательно внедрялась по всей территории Кыргызской Республики с помощью пилотных проектов.

В рамках проекта ПРООН-ГЭФ передовые природоохранные наработки и наилучшие из имеющихся технологий были реализованы и внедрены в 11 учреждениях здравоохранения в Бишкеке для улучшения управления, обработки и утилизации МО, а также была оказана поддержка 100 ФАПам в Чуйской и Иссык-Кульской областях. В данное время ***Врачи без границ, Швейцария,*** внедряют совместно разработанную модель УМО ПРОО и Республиканского центра ИК НПО ПМ в 23 ФАПа Ошской и Баткенской области

# 4. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЯ В НАЦИОНАЛЬНОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## 4.1. Потенциальные риски в затрагиваемых Программой зонах

### 4.1.1. Потенциальные неблагоприятные воздействия на окружающую среду и здоровье

Тематические области, определенные в рамках Программы (предоставление услуг, финансирование здравоохранения и управление), с сосредоточением особого внимания на ПМСП, будут иметь, в основном, положительные экологические последствия для сектора здравоохранения. Ряд правительственных чиновников способствует реализации экологических законов/процедур и осуществлению мониторинга результатов на местах. Поскольку Программа не будет поддерживать какие-либо новые инвестиции в строительные или восстановительные работы и не приведет к закрытию каких-либо медицинских учреждений, в рамках данной оценки не рассматриваются какие-либо другие экологические проблемы – такие как потенциальное воздействие строительных работ, энергосбережение, а также экологические последствия в случае закрытия каких-либо зданий.

Три приоритетные области, определенные в рамках Программы, также не должны будут включать в себя какие-либо мероприятия/действия, которые могут иметь значительные неблагоприятные последствия, являющиеся чувствительными, множественными, беспрецедентными или необратимыми, а также для здоровья и охраны труда медицинского персонала и пациентов УПМСП.

Потенциальные неблагоприятные воздействия Программы на окружающую среду и здоровье человека могут косвенно создаваться смежными направлениями деятельности в рамках первичной медико-санитарной помощи, связанными с общественным здравоохранением, больничными услугами и услугами скорой помощи, и, скорее всего, будут относиться к системе общественного инфекционного контроля и безопасности.

Риски в системе здравоохранения – особенно, на первичном уровне – обнаруживаются на всех этапах здравоохранения. Основными среди них являются следующие:

- профессиональные риски для медицинского персонала при оказании медицинской помощи инфицированным пациентам на дому;

- риски для медицинского и санитарного персонала при оказании медицинской помощи инфицированным пациентам в амбулаторных учреждениях (ФАПы, ЦСМ, ЦЗ, лаборатории, станции скорой медицинской помощи, медицинские пункты в учебных заведениях и т.д.);

- риски для пациентов в случае нарушений в системе инфекционно-эпидемиологической безопасности в учреждениях здравоохранения при передаче инфекции воздушно-капельным путем или через медицинские инструменты;

- риски, возникающие в результате нарушения правил УМО.

### 4.1.2. Основные причины неблагоприятного воздействия на окружающую среду и здоровье человека

Во многих отношениях, риски инфекционных и паразитарных заболеваний в УПМСП связаны с неадекватным обеспечением чистой питьевой водой и дезинфицирующими средствами – особенно в сельской местности. В целом, согласно статистическим данным за 2017 год, количество питьевых водопроводов, не соответствующих санитарным требованиям для питьевой воды (не прошли бактериологические и химические тесты на соответствие стандартам для питьевой воды), составляет более 30%, а по отдельным регионам – до 55% (Чуйская область). Распространенность инфекционных и паразитарных заболеваний в последние годы немного снизилась, однако все еще остается высокой и составляет более 1200 случаев на 100 000 населения, с преобладанием острых кишечных инфекций и вирусных гепатитов.

Другим опасным источником риска – особенно, в случае недостаточного инфекционного контроля в организациях первичной медико-санитарной помощи – являются МО, которые часто неправильно сортируются, обрабатываются и утилизируются. По данным, полученным от неправительственных организаций и собранным в ходе полевых наблюдений, во многих населенных пунктах отсутствуют специализированные службы по утилизации не только медицинских, но и неопасных бытовых отходов, что особенно характерно для сельской местности. В стране отсутствует систематизированный учет МО, и нет никаких официальных положений на этот счет. У каждой ОЗ имеется (либо отсутствует) свое собственное положение об учете МО, и никакие данные не передаются секторальным или национальным статистическим органам, и не подвергаются дальнейшему анализу.

Эксперты свидетельствуют о следующих недостатках в борьбе с инфекцией и загрязнением окружающей среды на практике – особенно, в отдаленных районах: растаскивание анатомических отходов животными, выбрасывание опасных отходов на общие свалки, сжигание пластиковых изделий, стирка рабочей одежды и постельных принадлежностей вместе с обычным бельем в бытовых стиральных машинах и вручную, в домашних условиях, нехватка чистой воды, перевязочных и дезинфицирующих материалов, и т. д. Особенно слабый контроль в стране установлен за МО, образующимися в частном секторе здравоохранения, который предоставляет около 40% (по экспертным оценкам) услуг ПМСП. В государственных ОЗ УМО лучше организовано благодаря должному контролю со стороны санитарных органов МЗ, однако выделение средств на эту конкретную цель определено неадекватно, поскольку они включены в так называемый «консолидированный бюджет» в каждой ОЗ.

Тем не менее, по данным научно-производственной ассоциации «Профилактическая медицина» на практике отмечено очень мало экстренных случаев (отравления, заболевания, эпидемии, опасное загрязнение воды, воздуха и почвы), вызванных нарушениями в системе инфекционной и эпидемиологической безопасности, а также нарушениями практики обращения с медицинскими отходами. По словам экспертов, за последние 5-7 лет произошло не более 10 таких экстренных случаев, хотя очевидно, что, при отсутствии системы учета подобных случаев, официальная статистика по данному вопросу может быть ненадежной.

Учитывая эти основные риски, ОЭСС оценивает существующую и развивающуюся национальную систему снижения рисков и управления ими в секторе здравоохранения с экологической точки зрения трех Основных принципов, представленных в руководящих принципах финансирования ПОР: Основной принцип 1 (Общий принцип экологического и социального управления),Основной принцип 3 (Безопасность населения и работников) , и Основной принцип 5 (Потребности или проблемы уязвимых групп).

## 4.2. Оценка системы управления и законодательной базы в сфере общественного здравоохранения

Институты ПМСП являются неотъемлемой частью национальной системы здравоохранения. Поэтому, несмотря на то, что в их системе управления имеется множество специфических отличительных особенностей, организация экологической, эпидемиологической и инфекционной безопасности в секторе ПМСП прямо или косвенно регулируется несколькими институтами разного уровня и рядом законов и нормативных правовых актов. Эти законы, приказы и правила являются обязательными для использования во всех медицинских учреждениях, хотя некоторые из изданных МЗ норм не являются обязательными для частных ОЗ. Для этого они должны приниматься постановлениями Правительства КР.

### 4.2.1. Система общественного здравоохранения и инфекционный контроль

Система инфекционного, эпидемиологического и экологического контроля в Кыргызской Республике многогранна, последовательно развивается и совершенствуется с момента обретения страной независимости. Так, с начала в 2005 году реализации программы реформы здравоохранения «Манас таалими» произошли значительные изменения в работе служб общественного здравоохранения в Кыргызской Республике, включая улучшение системы инфекционного контроля. Здравоохранение направлено на выявление причин, влияющих на здоровье населения – таких как питание, экологические факторы и образ жизни.

В стране сложилась разветвленная сеть и институциональная иерархия, обеспечивающая поддержку системы здравоохранения, включая управление медицинскими отходами. Службу здравоохранения возглавляет Главный государственный санитарный врач – заместитель министра здравоохранения. Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора имеет отделения на областном, городском и районном уровне. Во всех районах созданы санитарно-эпидемиологические советы для коллегиального рассмотрения и решения вопросов развития, управления и совершенствования санитарно-эпидемиологической службы, действующие в соответствии с положением, утвержденным Главным государственным санитарным врачом. Запланированная и развивающаяся система служб общественного здравоохранения включает в себя: Отдел общественного здравоохранения МЗ; Республиканский центр развития здравоохранения; Республиканский центр укрепления здоровья; Республиканский центр по контролю и профилактике заболеваний; Научно-исследовательский институт общественного здоровья; территориальные центры общественного здравоохранения; организации ПМСП, предоставляющие профилактические и противоэпидемические услуги.

Функция укрепления общественного здоровья находится в ведении Санитарно-эпидемиологической службы и состоит из Республиканского центра укрепления здоровья, Городского центра укрепления здоровья в Бишкеке и филиала Республиканского центра в Оше, а также из отделений укрепления здоровья в областных и районных центрах семейной медицины.

Цель центров укрепления здоровья заключается в поддержке совместных действий сообщества как части стратегии и исполнении роли моста между системой здравоохранения и общественными организациями, занимающимися вопросами здоровья.

### 4.2.2. Законодательная база для снижения рисков в системе здравоохранения КР

Экологическая нормативно-правовая база в секторе здравоохранения хорошо разработана и представлена многоуровневым законодательством и нормативными правовыми актами:

***Основные кодексы и законы*** учитывают различные аспекты, относящиеся к общим экологическим требованиям, и некоторые из их положений касаются, в частности, здоровья и безопасности:

• Конституция,

• Водный кодекс,

• Земельный кодекс,

• Закон «Об охране окружающей среды»,

• Закон «Об общественном здравоохранении»,

• Закон «Об отходах производства и потребления»,

• Закон «Об охране атмосферного воздуха»,

• Закон «О химизации и защите растений»

• Закон «Технический регламент «О безопасности питьевой воды»,

• Закон и общий технический регламент по обеспечению экологической безопасности в Кыргызской Республике,

• Закон «Об экологической экспертизе»,

• Закон «О питьевой воде»,

• Закон «О радиационной безопасности населения Кыргызской Республики»,

• Закон и технический регламент «О радиационной безопасности»,

• Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»,

• Закон «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»,

• Закон «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»,

• Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний”,

• Закон «Об онкологической помощи населению”,

* Закон «О донорстве крови и ее компонентов”,
* Закон «О защите населения от туберкулеза”,
* Закон «О ВИЧ/СПИДе в Кыргызской Республике»
* Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах”.

Несколько новых ***законов*** *находятся* ***в процессе разработки.***

• Проект закона «Требования к безопасности пищевых продуктов и процессов их производства, хранения, перевозки, реализации и утилизации»,

• Проект закона «О статусе медицинского и фармацевтического работника»,

• Проект закона «О лекарственных средствах».

В дополнение к законам существует ***комплексная система национальных подзаконных актов, указов, норм и положений*** (Полный перечень приводится в Приложении 4).

# 5. ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРАКТИКИ ОБРАЩЕНИЯ С НИМИ

Система общественного здравоохранения постепенно развивается (подробная информация приводится в Приложении 4). Улучшения касаются следующих направлений: (i) санитарно-эпидемиологическое благополучие населения; (ii) регистрация инфекционных заболеваний и соответствующая отчетность; (iii) санитарные нормы и правила; (iv) контроль санитарно-эпидемиологического надзора; (v) инфекционный контроль в медучреждениях; (vi) готовность к чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения и меры реагирования на них; (vii) установление норм и кодификация санитарно-эпидемиологических показателей.

Одной из важных задач Системы является профилактика заболеваний, связанных с негативным влиянием биофизических факторов на организм человека, что включает в себя организацию эффективной ПМСП.

### 5.1. Общий обзор проблемы

В МО содержатся потенциально опасные патогены, которые могут заразить медицинский персонал и пациентов УПМСП. В Кыргызской Республике могут возникать дополнительные риски из-за того, что не все сельские УПМСП – такие как ФАПы – внедрили безопасную систему для УМО, и это увеличивает риск заражения медицинского персонала, пациентов и населения. В Кыргызской Республике создано много центров МО, и в качестве негативного побочного эффекта этого роста по мнению ряда НПО и местного населения возрастает риск непреднамеренного выброса в окружающую среду стойких органических загрязнителей (СОЗ – таких как диоксины и другие токсичные вещества) и ртути. Открытое сжигание МО является основным источником загрязнения диоксинами и ртутью в секторе здравоохранения. Другими продуктами загрязнения, возникающими в результате сожжения в печах и/или открытого сжигания, являются кислотные газы, тяжелые металлы и твердые частицы углерода. Риск непреднамеренного выброса СОЗ в окружающую среду также увеличивается в сельской местности, поскольку в некоторых случаях пластиковые МО сжигаются вблизи ФАП.

Согласно информации, собранной ПРООН-ГЭФ (проект «Охрана здоровья людей и окружающей среды от непреднамеренных выбросов СОЗ и ртути в результате ненадлежащего обращения с медицинскими отходами в Кыргызстане») из-за высокой концентрации медицинских учреждений в Бишкеке сосредоточено 60% всех медицинских отходов, составляющих, предположительно, большую долю в общенациональном объеме непреднамеренных выбросов СОЗ. Общая доля медицинских отходов, вывозимых на свалки твердых бытовых отходов, оценивается, примерно, в 2-3%.

### 5.2. Типы МО

Классификация опасных МО в Кыргызстане соответствует требованиям ВОЗ и подходам, применяемым Евразийским экономическим сообществом. Она включает в себя следующие категории МО, почти все из которых производятся на уровне ПМСП (за исключением тех, которые ниже отмечены \*):[[3]](#footnote-3)

- Отходы медицинских и ветеринарных служб и научно-исследовательских организаций,

- Отходы от ухода за пациентами,

- Инфицированные отходы,

- Неинфицированные отходы, содержащие химические вещества,

- Неинфицированные отходы, содержащие лекарственные препараты,

- Анатомические отходы человеческого происхождения,

- Лабораторные отходы,

- Неисправные и просроченные химикаты,

- Лекарственные препараты,

- Использованные бактериальные культуры,

- Остатки амальгамы после использования в стоматологических целях,

- Старые ртутьсодержащие термометры (градусники),

- Другое старое и сломанное оборудование,

- \* Анатомические отходы животных, трупы подопытных животных,

- \* Навоз и мусор, образующиеся при разведении подопытных животных,

- Другие, неуточненные группы отходов.

МО в КР подразделяются на пять классов опасности:

класс А – эпидемиологически безопасные медицинские отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам;

класс Б – эпидемиологически опасные медицинские отходы;

класс В – чрезвычайно эпидемиологически опасные медицинские отходы;

класс Г – токсикологически опасные медицинские отходы I-IV классов опасности;

\* класс Д – радиоактивные медицинские отходы.

Риски, связанные с опасными МО, существуют на всех этапах системы УМО. Медицинский и вспомогательный персонал, работающий с этим типом отходов, подвергается наибольшему риску заражения при их транспортировке и переработке.

Существуют следующие основные риски при обращении с медицинскими отходами:

* Инфекционная опасность,
* Травмирование колюще-режущими отходами,
* Токсическое и канцерогенное воздействие,
* Загрязнение окружающей среды,
* Проникновение через участок инъекции, повреждение кожи (при уколах, операциях и т.д.);
* Всасывание через слизистые оболочки;
* Реже – проникновение через дыхательную и пищеварительную системы.

### 5.3. Общая оценка количества производимых в стране МО

В КР отсутствует полная статистика данных об объеме медицинских отходов, образующихся в разных медицинских учреждениях. Регулярный учет медицинских отходов ведется лишь в стационарных медицинских учреждениях крупных городов и в нескольких районных больницах.

Экспертная оценка, проведенная в рамках проекта ПРООН-ГЭФ, показала, что только на первичном уровне (ЦСМ, ГСВ, ФАП) в республике ежегодно образуется примерно 543 тонны отходов от вакцинации. На вторичном уровне образуется около 1500 тонн зараженных отходов (класс B).

Вместе с тем, в настоящее время в стране не существует обязательной системы регистрации МО, и ОЗ в каждом случае применяют свои собственные правила. В целом, существует недостаточная осведомленность о проблемах, связанных с химическими веществами и отходами в КР. Несмотря на то, что в стране разработаны подробные правила транспортировки медицинских отходов к местам их дезинфекции, хранения и утилизации, на практике эти правила плохо соблюдаются из-за недостаточной осведомленности и опыта работников здравоохранения. Кроме того, транспортировка и утилизация МО отвлекает медицинский персонал от его основной деятельности, и многие эксперты считают необходимым организовать государственно-коммерческое партнерство для создания сети специализированных организаций для УМО, чтобы обслуживать организации здравоохранения.

Некоторые эксперты не согласны с тем, насколько проблема МО важна для первичного звена здравоохранения. Они считают, что проблема утилизации медикаментов, в целом, более актуальна для стационарных медицинских учреждений, а для УПМСП она не столь значительна. Другие эксперты предоставляют иные сведения: по их оценкам, 80% УПМСП отправляют имеющиеся отходы в больницы, а остальные решают эту проблему самостоятельно, зачастую прибегая к незаконным методам. Такие эксперты, напротив, считают эту проблему особенно острой именно для первичного уровня здравоохранения из-за меньших возможностей обеспечения инфекционной и эпидемиологической безопасности на первичном уровне и потенциальных опасностей, возникающих для медицинского персонала и пациентов.

### 5.4. Бюджеты на УМО

В ассигнованиях, выделяемых из общего бюджета МЗ и ФОМС, не предусмотрено никаких специальных бюджетных строк для УМО, что создает впечатление о недостаточном внимании к этой проблеме со стороны Правительства КР. В отдельных УПМСП, а также в ОЗ на вторичном уровне, нет признаков специальных расходов, направляемых специально на цели УМО. ОЗ – как на первичном, так и на вторичном уровне – используют так называемый «консолидированный бюджет», средства из которого они могут использовать на конкретные нужды УМО – такие как оплата труда соответствующего персонала, потребление энергии и воды, транспортировка и упаковка отходов и т.д. С другой стороны, эти средства специально не выделяются и не используются для конкретных целей УМО. В целом, ОЗ не отделяют такие платежи от других расходов. По их экспертному мнению, доля таких платежей составляет, примерно, 3-5% их общего бюджета, однако этот показатель от года к году варьируется и отличается в зависимости от времени года.

Важно отметить, что по собственной инициативе ФОМС в настоящее время занимается составлением отдельного бюджета, связанного с УМО и инфекционным контролем, который был бы отделен от бюджета остальных медицинских услуг, и надеется подготовить первое предложение в начале 2019 года, чтобы изменения можно было внедрить на пилотной основе в нескольких медучреждениях

### 5.5. Цикл утилизации инфекционных медицинских отходов



Рисунок 2. Схема утилизации инфекционных отходов в здравоохранении.  
Источник: ПРООН КР

Цикл УМО включает в себя следующие этапы:

- Выявление и разделение отходов в организациях здравоохранения;

- Сбор, упаковка и маркировка отходов в организациях здравоохранения;

- Обработка опасных отходов и многоразового инвентаря;

- Вывоз отходов из внутренних подразделений и временное хранение отходов на территории образующих отходы организаций здравоохранения;

- Учет МО;

- Дезинфицирование и/или обезвреживание МО;

- Транспортировка МО с территории образующих отходы организаций здравоохранения;

- Захоронение или уничтожение МО.

В соответствии с действующим законодательством, МО размещаются на следующих участках:

- Объекты для временного хранения МО на территории организации здравоохранения;

- Участки для окончательного хранения и захоронения опасных МО, которые представляют собой специально оборудованные сооружения, предназначенные для стационарного размещения, хранения и утилизации отходов, свалки и полигоны для твердых отходов.

Приказом МЗ №59 от 18 февраля 2013 года «Об усовершенствовании безопасной системы управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения» и приказом №214 от 26.03.18. «Об утверждении стандартных операционных процедур (СОП) по управлению медицинскими отходами (УМО) в организациях здравоохранения (ОЗ) и руководства по мониторингу и оценке системы УМО в ОЗ и Кыргызской Республики» были утверждены следующие процедуры:

- Стандартные операционные процедуры по организации работы с медицинскими отходами в клинических отделениях организаций здравоохранения;

- Стандартные операционные процедуры при транспортировке медицинских отходов вне пределов организации здравоохранения;

- Стандартные операционные процедуры при автоклавировании медицинских отходов;

- Стандартные операционные процедуры при аварийных ситуациях при обращении с медицинскими отходами;

- Стандартные операционные процедуры при обращении со шприцами в пунктах обмена шприцев;

- Руководства по мониторингу и оценке системы УМО в ОЗ;- Программа по внедрению системы управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения г. Бишкек и г. Ош.

В настоящее время является обычной практикой, когда ОЗ отделяют собранные отходы от обычных неопасных отходов. Зараженные отходы, в свою очередь, разделяются на следующие категории: анатомические, колюще-режущие, пластиковые (пластмассовая часть шприца) и другие потенциально загрязненные отходы (тампоны, бинты и т.д.). Анатомические отходы собираются отдельно, химически дезинфицируются и размещаются в специально отведенных для этого местах, в ямах Беккари или на кладбищах.

Острые, пластиковые (пластмассовая часть шприца) и другие потенциально загрязненные отходы (тампоны, бинты и т.д.) дезинфицируются посредством автоклавирования. Затем автоклавированные пластмассовые и металлические отходы передаются частным компаниям для переработки. Оставшиеся стерилизованные отходы выбрасываются вместе с общими неопасными отходами. Такая практика соответствует требованиям Стокгольмской и Базельской конвенций, которые были ратифицированы Кыргызской Республикой. Дезинфекция зараженных МО с использованием технологий, обходящихся без сжигания, и переработка пластиковых отходов снижают образование СОЗ при случайном сгорании МО на свалках.

### 5. 6. Национальная система управления МО

Общая структура национальной системы УМО представлена на Рисунке 3.



Рисунок 3. Основные заинтересованные стороны, участвующие в управлении МО, образуемых на уровне ПМСП в КР.

Постановлением Правительства КР от 15 февраля 2018 года «О вопросах по обращению с медицинскими отходами и работе с ртутьсодержащими изделиями в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» утверждены: «Временная инструкция по обращению с медицинскими отходами на территории Кыргызской Республики» и «Временные правила работы с ртутьсодержащими изделиями медицинского назначения». Ожидается, что эти документы вступят в полную силу с начала 2019 года. Этим Постановлением была впервые определена концепция МО для использования в правовом поле КР, а также были определены требования к разделению, сбору, упаковке, маркировке, регистрации, хранению, транспортировке, дезинфекции и/или обезвреживанию, захоронению всех видов медикаментов, образующихся в организациях здравоохранения, за исключением радиоактивных отходов. Важнейшим аспектом этого документа является обязательность его исполнения всеми организациями здравоохранения, независимо от формы собственности.

В мае 2017 года был разработан и обсужден с представителями ВОЗ и Республиканского центра иммунопрофилактики проект стандарта по обращению с отходами от вакцин, включая запрет на сжигание ящиков, используемых для безопасной утилизации. Местные эксперты считают одним из главных достижений создание пунктов временного хранения недезинфицированных отходов, где те взвешиваются, маркируются, и лишь после этого автоклавируются. Дезинфицированные пластиковые части отходов перерабатываются, а специализированные фирмы собирают и перерабатывают пластиковые остатки. Именно этот компонент влияет на снижение выбросов в окружающую среду, улучшая экологию.

Делая особый акцент на УПМСП, 6 июня 2018 года МЗ издало приказ «Об улучшении противоэпидемических мер для ГСВ и ФАП, осуществляющих свою деятельность за пределами ЦЗ и ЦСМ». В нем содержатся требования к инъекциям, стерилизации и автоклавированию, нормы для управления МО и уборки помещений, а также ряд других рекомендаций. Благодаря этим требованиям, УПМСП интегрируется в полную систему УМО путем сбора и дальнейшей транспортировки МО в центры их обработки и окончательной дезинфекции. Такие центры обычно расположены в больницах и/или или ЦЗ.

Каждая организация здравоохранения должна иметь схему перемещения отходов в пределах ОЗ, однако не все ОЗ могут эффективно использовать такие схемы ввиду отсутствия инфраструктуры и финансирования. Там, где такие схемы все же используются, их исполнение тщательно контролируется в контексте инфекционного контроля, проводимого специалистами санитарно-эпидемиологического надзора. Такая система, впервые опробованная в Нарынской и Таласской областях, была внедрена в 2013 году для всех стационарных ОЗ, рассчитанных более чем на 25 койко-мест. Было создано 136 пунктов автоклавирования, сортировки и утилизации медицинских отходов. При поддержке проекта ГФСТМ РЦИК НПО «ПМ» разработал кластерную систему УМО для г. Бишкек и г. Ош, которая была улучшена при реализации проекта ПРООН-ГЭФ.

В новой системе УМО имеются все основные компоненты хорошей системы: минимизация отходов (включая многоразовые контейнеры, утилизацию и компостирование), разделение, использование герметичных и проколостойких контейнеров, использование маркировки и указателей, безопасный сбор и транспортировка, применение средств индивидуальной защиты, наборы для оказания первой медицинской помощи при случайном контакте с инфекционными отходами, надлежащее хранение отходов, безопасное обращение с острыми предметами и анатомическими отходами, четкая политика в больницах, письменные руководства по УМО, комитет и активисты для продвижения УМО, регулярное обучение, документирование, учет, мониторинг и постоянное улучшение, а также распределение трудовых и финансовых ресурсов (Рис. 4).

На уровне УПМСП (особенно в отдаленных районах) схема УМО развита не настолько хорошо из-за нехватки квалифицированного персонала и соответствующих ресурсов. По-прежнему широко распространены некоторые опасные проблемы и обстоятельства – такие, например, которые связаны со сжиганием пластика и выбросами СОЗ, стиркой (в том числе вручную) зараженной (возможно) рабочей одежды в домашних условиях, нехваткой квалифицированного персонала, отсутствием необходимых инструментов и оборудования. При это должным образом соблюдаются основные требования по разделению, дезинфекции и/или стерилизации МО и их передаче в пункты утилизации или на централизованные станции (такие как больницы центров здравоохранения).

Эксперты считают, что в условиях хорошо развитой системы транспортировки и хранения медицинских отходов и при наличии достаточных мощностей для переработки МО, вывозимых из УПМСП, эта система УМО может стать образцовой моделью для воспроизведения по всей стране, однако этому мешает ряд проблем:

- высокая стоимость транспортировки МО с удаленных участков;

- нехватка квалифицированного персонала – как в больницах, так и в центрах утилизации отходов и УПМСП, расположенных в удаленных районах;

- недостаточные возможности для обработки большого количества зараженных и других опасных МО в центрах сбора;

- отсутствие надлежащего контроля за МО за пределами ОЗ (во время транспортировки, в местах хранения и утилизации). Формально, таким мониторингом должна заниматься ГИЭТБ, однако, как отмечают независимые эксперты, на самом деле персонал ГИЭТБ не обладает необходимыми знаниями и навыками в этой области, равно как и не обладает достаточным потенциалом для обеспечения обратной связи, и реагирует лишь в случае возникновения чрезвычайной ситуации.

Оценки эффективности системы УМО на первичном уровне различаются даже в профессиональном сообществе. С одной стороны, в стране существует твердое профессиональное мнение о том, что переработка и утилизация МО в УПМСП – особенно, в ФАП – неэффективна, в первую очередь, из-за нехватки должным образом обученного персонала, отсутствия регулярного энергоснабжения и чистой воды. Эти специалисты считают, что в ФАПах лучше организовывать систематический сбор МО, а индивидуальные средства защиты или автоклавы малой вместимости использовать в крайних случаях. С другой стороны, недавние исследования, проведенные НПО «Профилактическая медицина», показали, что это – не лучший вариант, и что за счет экономии на высоких транспортных расходах переработка и утилизация МО на месте, в ФАПах, окупаются за относительно короткий период времени – не более чем за 3-5 лет, а в некоторых случаях (в особо отдаленных районах) – за 1-2 года. Эти специалисты предлагают продолжать оказывать поддержку УПМСП для организации полного комплекса УМО, а не только для сбора, разделения и транспортировки в ЦЗ и больницы. По результатам ОЭСС рекомендуется на пилотной основе реализовать различные подходы и распространить наиболее эффективные примеры по всей стране (с учетом специфики отдельных районов).



Рисунок 4. Система управления медицинскими отходами.  
Источник: Токтобаев и др., 2015 г.

### 5. 7. Национальная стратегия УМО

Логическим результатом работы, которая была проведена в рамках нескольких проектов, реализуемых при поддержке международных доноров на протяжении более 10 лет, стала Стратегия управления МО, разработанная при консультационной и технической поддержке проекта ПРООН-ГЭФ, направленного на расширение потенциала муниципальной системы управления отходами, Швейцарского института экологического предпринимательства, Кыргызско-Швейцарско-Шведского проекта здравоохранения и Европейского регионального бюро ВОЗ. Отмечалось, что «усилиями одного министерства невозможно решить такие вопросы как транспортировка, обработка и утилизация МО. В связи с этим возникла необходимость разработать и принять национальную стратегию по управлению МО».

Проект Стратегии был подготовлен и утвержден в качестве отраслевого стратегического документа в 2017 году. Эксперты отмечают, что, несмотря на некоторый прогресс, этих мер недостаточно, поскольку ведомственные стратегии Министерства здравоохранения не являются обязательными для частных медицинских учреждений и частных практикующих врачей.

### 5. 8. Управление ртутьсодержащими и прочими химическими отходами

Ртуть является одним из наиболее токсичных веществ, способных нанести непоправимый ущерб окружающей среде. Ртуть может вызывать острую и хроническую интоксикацию даже при низких концентрациях. Основным органом, подверженным воздействию паров ртути, является мозг; возможны нарушения со стороны периферической нервной системы, почек, иммунной системы, эндокринной системы и мускулатуры, а также поражения кожи.

В Кыргызстане не проводились никакие работы по оценке выбросов ртути. С другой стороны, на республиканском уровне были приняты правила обращения с ртутьсодержащими отходами. Обработка ртутьсодержащих отходов осуществляется в соответствии с Законом «Об общем техническом регламенте по обеспечению экологической безопасности». С 2010 года ртутьсодержащие отходы включены в «Классификатор опасных отходов и методические рекомендации по определению класса опасности отходов». В 2016 году Минздрав издал приказ «О выведении клинических ртутных термометров и замещении их на электронные термометры в организациях здравоохранения г. Бишкек». В качестве одного из приоритетов в национальной Программе по надлежащему управлению химическими веществами на 2015-2017 годы обозначено улучшение обращения с ртутьсодержащими товарами и отходами.

Однако из-за отсутствия понимания серьезности проблемы до недавнего времени на республиканском уровне не было разработано никаких специальных инструкций для обеспечения хранения и дезактивации ртутьсодержащих материалов, а также не было четких процедур работы с разливами ртути, очистки, обращения и хранения таких отходов в ОЗ. Только в рамках проекта ПРООН-ГЭФ были разработаны планы управления для постепенного выведения из оборота ртутьсодержащих материалов в 11 пилотных ОЗ. Внедряется новая практика – все эти ОЗ должны сотрудничать с Хайдарканским ртутным комбинатом. С 2018 года все ОЗ должны следовать Временной инструкции по обращению с медицинскими отходами, в которой подробно описаны процедуры обращения с ртутьсодержащими веществами. Однако, поскольку эта инструкция только начинает применяться на практике, и так как отсутствует необходимость применять эту инструкцию для частных ОЗ, опасность нарушений в этой области остается значительной и требует регулярного мониторинга на местах. На уровне УПМСП этот риск остается еще более высоким из-за относительно низкого уровня квалификации персонала и слабого контроля со стороны соответствующих организаций. Например, не все врачи знают, что ртуть используется при производстве так называемых энергосберегающих ламп, и что такие лампы требуют особого обращения. По мнению некоторых экспертов, действительно многие ртутьсодержащие отходы не перерабатываются, а вывозятся на свалки с нарушением действующих норм. Поэтому необходимо срочно провести тренинги по источникам и обращению с ртутьсодержащими материалами.

### 5. 9. Химические вещества

Постановлением Правительства «О санитарно-эпидемиологическом надзоре (контроле) по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения уполномоченным органом в области санитарно-эпидемиологического благополучия Кыргызской Республики» №329 от 6 июня 2003 года утвержден Порядок государственной регистрации потенциально токсичных химических веществ. В нем говорится о том, что при национальной регистрации потенциально токсичных химических веществ необходимо предоставлять полное химическое описание . Распоряжением Правительства №335-р от 12 июля 2012 года была образована Координационная комиссия по содействию безопасному управлению химическими веществами. Некоторые лекарства также классифицируются как сильнодействующие опасные химические вещества.

В медицинских учреждениях также осуществляется регистрация с целью учета и регулирования потенциально токсичных химических веществ, сбора физико-химической, токсико-гигиенической, эколого-токсикологической и другой информации для предотвращения их вредного воздействия на здоровье человека и окружающую среду. В 2015-2017 годах реализовывалась Государственная программа по надлежащему управлению химическими веществами. В Программе отмечалось, что в Кыргызской Республике вопросы управления химическими веществами находятся в ведении значительного числа государственных органов и не обеспечивается полная ответственность за все аспекты обращения химикатов на протяжении их жизненного цикла. До внедрения этой программы в структуре ни одного из министерств и ведомств не было специального штатного подразделения, в функции которого входили бы вопросы обеспечения рационального и безопасного использования химических веществ. В настоящее время готовится продолжение этой программы. Проект Государственной программы обращения с отходами потребления и химическими веществами находится в процессе согласования и, с высокой долей вероятности, ее реализация начнется в 2019 году.

Большинство химических отходов ОЗ классифицируются как отходы Класса Г (токсикологически опасные медицинские отходы I-IV классов опасности), включая просроченные лекарственные средства, отходы лекарственных и диагностических препаратов; цитотоксические фармацевтические отходы; дезинфицирующие средства, которые нельзя использовать по причине истекшего срока годности; ртутьсодержащие предметы, приборы и оборудование; другие опасные отходы, характерные не только для сектора здравоохранения – например, растворители, химикаты, аккумуляторы, фиксаторы и другие растворы, используемые в работе аналитических и клинических лабораторий и т.д.

За исключением ртутьсодержащих веществ, многие из этих химических отходов в ОЗ не учитываются и утилизируются как неопасные отходы: они транспортируются на полигоны твердых отходов, сжигаются или сливаются в общую канализационную систему. Например, в стране нет официальных пунктов сбора использованных аккумуляторов. Следует отметить, что медицинские учреждения, в целом, понимают опасность накопления и ненадлежащей утилизации химических отходов, однако нет никаких правил обращения с ними, поэтому каждый решает эти проблемы по-своему. Одним из наиболее распространенных решений является сокращение заказов на опасные химические вещества, поставляемые через централизованные службы снабжения.

### 5. 10. Радиоактивные отходы

Радиоактивные отходы образуются только в медицинских организациях третьего уровня, которые занимаются лечением онкологических больных. Использование радиоизотопов на уровне УПМСП строго запрещено. В целом, обращение с радиоактивными отходами осуществляется в соответствии с Законом Кыргызской Республики «Технический регламент по радиационной безопасности» и строго контролируется ответственными органами, с вывозом таких отходов на единственный в стране полигон для захоронения радиоактивных отходов. В рамках данной ПОР, ориентированной на ОЗ первичного уровня обращение с радиоактивными отходами не предусмотрено, поэтому в ОЭСС этот вопрос не рассматривается.

### 5. 11. Фармацевтические отходы

Согласно результатам опросов, проведенных среди экспертов и специалистов ОЗ, объем фармацевтических отходов в ОЗ является незначительным. Больницы, ЦСМ, ЦЗ и ФАПы заказывают минимально необходимое им количество лекарств. Контроль за расходованием этих средств осуществляется Управлением организации медицинской помощи и лекарственной политики Министерства здравоохранения, которое обеспечивает методологическое руководство и контроль за деятельностью контролируемых служб, а также проверяет деятельность ОЗ на предмет качества оказываемой ими медицинской помощи и используемых ими лекарств.

Более серьезной проблемой является образование фармацевтических отходов в домохозяйствах в результате избыточного накопления приобретаемых лекарств и отсутствия специализированных мест для утилизации таких препаратов. На практике, все лекарственные препараты с истекшим сроком годности выбрасываются вместе с общим потоком твердых бытовых отходов и вывозятся на свалки или сжигаются в котлах и бытовых печах. В стране нет мусороперерабатывающих заводов или специальный печей для сжигания таких отходов. По оценкам экспертов, ничто не мешает созданию таких предприятий, за исключением политического лобби, отстаивающего сохранение свалок твердых отходов.

### 5. 12. Пластиковые и стеклянные отходы, не подлежащие переработке

Некоторые пластиковые и стеклянные МО не подлежат переработке или повторному использованию из-за отсутствия надлежащих технических средств и технологий. К таким МО относятся: одноразовое оборудование для переливания крови или установки капельниц, контейнеры для лекарств или препаратов и т.д. После дезинфицирования такие отходы также попадают в категорию неопасных отходов и транспортируются на свалки. В то же время, эксперты считают, что количество таких МО может быть значительно сокращено за счет доставки в централизованные пункты сбора медицинских отходов и использования более эффективных технологий и соответствующего оборудования – измельчителей, плавильных агрегатов и т.д.

# 6. СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ И ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

## 6.1. Результаты в секторе здравоохранения

**В секторе здравоохранения КР наблюдается прогресс в расширении доступа к услугам, однако происходит это на фоне довольно слабых общих результатов.** В ходе последнего десятилетия Правительство КР достаточно успешно улучшает доступ к медицинскому обслуживанию, и по сравнению с жителями других стран с низким доходом и доходом ниже среднего у кыргызстанцев лучше доступ к основным медицинским услугам, таким, как иммунизация, пренатальное обслуживание, использование контрацептивов, родовспоможение. Кроме того, в стране нет большой разницы в доступе к здравоохранению или больничным услугам между бедными и богатыми слоями населения (см. Рисунок 5)[[4]](#footnote-4).

**Рисунок 5. Доступ к первичной медико-санитарной помощи и больничным услугам**

****

С другой стороны, продолжительность жизни (70,4) находится в самом низу соответствующих показателей среди стран Европы и Центральной Азии, включая те страны, у которых одинаковый с КР уровень ВВП (Армения и Грузия). Несмотря на то, что показатель доступа к необходимым продуктам питания является «хорошим» (по меркам региона), у 13 процентов детей в возрасте до 5 лет наблюдаются задержки в росте.

Несмотря на то, что население активно обращается за услугами, связанными с охраной здоровья матери и ребенка, а квалифицированное пренатальное обслуживание и родовспоможение предлагаются почти повсеместно, по сравнению с другими странами со схожим уровнем доходов в КР наблюдаются высокие показатели материнской смертности, являющиеся одними из самых высоких в Европе и Центральной Азии. В течение последних десяти лет коэффициент материнской смертности ни разу не опустился ниже 50 случаев на 100 000 живорожденных детей, что намного выше, чем предусмотренный в ЦРТ показатель, составляющий 15,7 к 2015 году.[[5]](#footnote-5)

Кроме того, одной из наиболее острых проблем здравоохранения является рост количества лиц с диабетом. По данным ВОЗ, в 2015 году в стране было зарегистрировано 47 000 пациентов с диабетом (примерно1,2% всего населения). При этом фактический показатель, скорее всего, выше и находится в районе 6,2%. Такое расхождение между официальными данными и фактическим показателем распространения диабета означает, что многие случаи диабета не диагностируются и эти лица не получают лечение[[6]](#footnote-6).

Впечатляющие результаты КР, связанные с улучшением доступа к медицинскому обслуживанию, имеют определенные нюансы. Так, в 2015 году доступа к медицинскому обслуживанию не было лишь у 2 процента населения, однако 80 процентов из них – это жители отдаленных районов. При этом коэффициент смертности среди детей в возрасте до 5 лет более чем на 50 процентов выше среди 40 процентов населения, находящегося ниже по шкале, чем среди 60 процентов, которые стоят по шкале выше. (37,4 и 24.0 случаев на 1000 живорожденных, соответственно)[[7]](#footnote-7).

6.2. Правовой контекст

*Право на здоровье и права пациента.* В Конституции Кыргызской Республики предусмотрено, что все граждане имеют право на окружающую среду, благоприятную для жизни и здоровья людей, и на компенсацию за ущерб, причиненный здоровью или имуществу природоохранной деятельностью. Конституция также обеспечивает правовую основу, которая поддерживает гендерное равенство и способствует расширению прав и возможностей женщин, утверждая, что «в Кыргызской Республике все равны перед законом и судом», и что «никто не может подвергаться дискриминации по признаку пола, расы, языка, инвалидности, этнической принадлежности, вероисповедания, возраста, политических или иных убеждений, образования, происхождения, имущественного или иного положения, а также других обстоятельств» (Статья 15 [3]).

Конституция Кыргызской Республики гарантирует каждому право на социальную защиту. В частности, Статья 47 гласит, что каждый имеет право на охрану здоровья; государство создает условия для медицинского обслуживания и здравоохранения и принимает меры для развития национального, муниципального и частного секторов здравоохранения; а также обеспечивает бесплатное медицинское обслуживание.

Нынешняя основа системы здравоохранения основана на законодательстве, принятом в период с 1999 по 2005 годы (см. Вставку №2).

Вставка №2. Законодательство в сфере здравоохранения

|  |
| --- |
| * Закон №112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (1999 г.); * Закон №159 «О системе единого плательщика в финансировании здравоохранения в Кыргызской Республике» (2003 г.); * Постановление Правительства №215 «Положение о Фонде обязательного медицинского страхования при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики» (2003 г.); и * Закон №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (2005 г.).   В дополнение к вышесказанному были приняты законы и нормативные правовые акты, касающиеся конкретных целевых областей, включая:  Питание и здоровье детей:   * Закон №112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (1999 г.); * Закон №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (2005 г.); * Постановление Правительства №7 «О денежных нормах питания в учреждениях социальной сферы» (2008 г.); * Постановление Правительства №691 «О вопросах социальных стандартов в сфере социального обслуживания семьи и детей, а также учреждений, оказывающих социальные услуги детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» (2012 г.); * Постановление Правительства №694 «Об утверждении структуры прожиточного минимума (ПМ) для основных социально-демографических групп населения в Кыргызской Республике» (2009 г.); и * Постановление Правительства №734 «О политике национальной программы школьного питания и стратегии школьного питания» (2014 г.).   Материнство:   * Трудовой кодекс №106 (2004 г.); * Закон №33 «О государственных гарантиях и компенсациях людям, живущим и работающим на больших высотах и ​​в труднодоступных районах» (1996 г.); * Постановление Правительства №727 «Положения о порядке назначения, выплаты и размере пособия по временной нетрудоспособности, пособия по беременности и родам» (2011 г.); и * Постановление Жогорку Кенеша №11115-111 «Об утверждении базовой ставки» (2006 г.).   Инвалидность:   * Закон №57 «О государственном пенсионном социальном страховании в Кыргызской Республике» (1997 г.); * Закон №111 «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике» (2001 г.); * Закон №318 «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» (2009 г.); * Положение №822 «О порядке назначения государственных пособий» (2009 г.); * Постановление Правительства №691 «О вопросах социальных стандартов в сфере социального обслуживания семьи и детей, а также учреждений, оказывающих социальные услуги детям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации» (2012 г.); и * Постановление Правительства №7 «О денежных нормах питания в учреждениях социальной сферы» (2008 г.). |

Права пациентов регулируются главой 6 Закона «Об охране здоровья» (2005 г.), который обеспечивает пациентам право:

* на получение доступной качественной медико-санитарной помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой;
* на выбор лечащего врача в амбулаторных и стационарных организациях здравоохранения;
* на получение льготных медицинских, лекарственных, ортопедических и других услуг в организациях здравоохранения в порядке, установленном Правительством Кыргызской Республики;
* на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
* на обследование, профилактику, лечение, медицинскую реабилитацию и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
* на участие в научных и медицинских экспериментах с его письменного согласия и в порядке, установленном уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения;
* на допуск адвоката или иного законного представителя для защиты прав;
* на допуск к нему священнослужителя, а в больнице - на предоставление условий для отправления религиозных, обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больницы;
* на отказ от участия студентов медицинских образовательных организаций в процессе диагностики, лечения.

*Доступ к информации*. В соответствии с Законом «О гарантиях и свободе доступа к информации» (в редакции от 28 декабря 2006 года) каждый государственный орган обязан в течение двух недель предоставлять гражданам и НПО запрашиваемую информацию (включая информацию о реформах и стандартах в области здравоохранения)[[8]](#footnote-8)

*Отвод земли.*

В рамках этой программы поддержку получат только те мероприятия, которые предусматривают косметический ремонт существующих объектов, что никак не повлияет на частную собственность или жизнедеятельность частных собственников.

**6.3. Институциональный контекст**

***Пакет государственных гарантий***

Правительство Кыргызской Республики создало системы социальной защиты, которые модифицируются для удовлетворения текущих потребностей граждан страны. Система социальной защиты состоит из социального страхования, такого как пенсия, а также медицинского страхования, социальных пособий для уязвимых групп, ответственности работодателя и социальных услуг. Программы социальной помощи ориентированы на пожилых людей (65 лет и старше – для мужчин, 60 лет и старше – для женщин), пособия по инвалидности, пособия по случаю потери кормильца для детей, пособия матерям-героиням (многодетные матери в возрасте 55 лет и старше с более чем 7 детьми) и пособия малообеспеченным семьям с детьми. Государство также предоставляет ежемесячное пособие для малообеспеченных семей с детьми (ЕМС), которое напрямую ориентировано на бедные сельские домохозяйства, за исключением малообеспеченных городских семей.

ПГГ обеспечивает всему населению бесплатный доступ к первичной и неотложной помощи. Чтобы получить первичную медико-санитарную помощь, пациент должен зарегистрироваться в ГСВ и обратиться за помощью по месту регистрации. При этом, пациентам разрешается менять ГСВ по своему усмотрению, и ГСВ не обязательно должна быть расположена по месту жительства (в отличии от советской системы). Стационарное и специализированное медицинское обслуживание можно получить по направлению, однако часть стоимости пациент должен оплатить самостоятельно (сооплата). Охват населения в рамках ПГГ представлен на рисунке 6.

**Рисунок 6. Охват населения ПГГ**



Источник: Всемирный банк. 2013

Сооплата – это единовременный платеж, который вносится после того, как пациент принят в учреждение здравоохранения. Уровень сооплаты зависит от области, наличия страховки, освобождения от сооплаты и наличия направления от врача организации здравоохранения первичного уровня. Уровень сооплаты за больничные услуги – это единственное различие между застрахованными и незастрахованными лицами, так как обе эти категории получают медицинское обслуживание в одних и тех же организациях здравоохранения. Чтобы защитить уязвимые группы населения, а также лиц, которые чаще других вынуждены обращаться за медицинской помощью, были сформированы категории лиц, которые освобождаются от сооплаты, исходя из их социального положения и вида заболевания. За обслуживание лиц, освобожденных от сооплаты, поставщики медицинских услуг получают более высокую оплату, в результате чего они принимают всех, а не только выгодных для себя пациентов.

Согласно ПГГ, уязвимые группы имеют право на освобождение от сооплаты в двух случаях:

* *Принадлежность к определенной социальной категории*. Это позволяет охватить экономически уязвимые группы, которые определяются исходя из их социальных и демографических показателей: ветераны Великой Отечественной войны, дети до пяти лет, пенсионеры от 75 лет, лица, пострадавшие в ходе событий 2010 года и члены их семей, лица с ограниченными возможностями здоровья вне зависимости от уровня дохода.
* *Наличие медицинских показаний или заболевания*, что позволяет защитить лиц, часто обращающихся за медицинской помощью (включая беременных женщин, пациентов с терминальной стадией рака, лица с диабетом 1-го и 2-го типа, лица с гемофилией), и предотвратить распространение и обеспечить лечение заболеваний, имеющих серьезные последствия для здоровья населения и экономической деятельности (включая ТБ, ВИЧ, сифилис, сибирскую язву, полиомиелит и дифтерия)[[9]](#footnote-9).

***Доступ к лекарственным препаратам***

В 2000 году ФОМС на пилотной основе внедрил Дополнительный перечень лекарственных средств (ДПЛС). Пособия на лекарства, предусмотренные в рамках ДПЛС, предлагаются гражданам, зарегистрированным в ФОМС и ГСВ. В рамках ДПЛС ФОМС поручает аптекам организовать поставки лекарственных средств, включенных в предварительный перечень. Расходы аптек возмещаются, исходя из согласованных цен, которые в свою очередь определяются на основе стоимости непатентованных препаратов (дженериков), и, если отпускная цена лекарственных средств в аптеках оказывается выше согласованной цены, пациент должен покрыть получившуюся разницу[[10]](#footnote-10). Несмотря на то, что в государственном секторе цены на лекарственные препараты не регулируются, застрахованные граждане могут через ГПП приобрести необходимые препараты по рецепту ФОМС. По условиям ДПСЛ возмещается 50% стоимости препаратов, которая рассчитывается на основе исходной цены. Таким образом, пациент оплачивает около 50% стоимости препаратов, со-финансируемых через ДПЛС. По данным ФОМС, в 2014 году ставка возмещения стоимости лекарственных препаратов составляла 54.4%, а расходы ФОМС на лекарственные препараты и медицинские изделия составили 33% от его общих расходов[[11]](#footnote-11).

Варианты страхования

Лица, не имеющие официальной работы или самозанятые, могут приобрести страховку в ФОМС. Безработные могут приобрести 12-месячный страховой полис. В июне 2018 года цены выросли более чем вдвое – с 500 до 1200 сомов (менее 1,5 долл. США в месяц). Незастрахованным беременным женщинам выдается 12-месячный страховой полис после регистрации беременности и постановки на учет у местного медицинского работника. Затем этот полис будет охватывать всю беременность, а также первые несколько месяцев после рождения ребенка. Дети застрахованы через государственный бюджет в течение всего учебного года, и это страхование может также распространяться и на тех, кто обучается в вузах. Люди, живущие в крайней нищете, могут становиться на учет в местных органах сельской администрации, после чего их страховка оплачивается из государственного бюджета.

Если лицо нуждается в лечении, но не имеет страховки, созывается комиссия, в состав которой входят главный врач и старшая медсестра медицинского учреждения, чтобы определить, следует ли предоставлять незастрахованному лицу соответствующую услугу.

***Безопасность пациентов***

Все организации здравоохранения должны раз в три месяца проходить проверки, связанные с инфекционным контролем; раз в шесть месяцев – проверки ФОМС и проверки соблюдения гигиенических требований; раз в год – мониторинг и оценку здравоохранения, а также аттестацию руководства, которую проводит Министерство здравоохранения. В 2016 году МЗ и ФОМС издали совместный приказ, в котором прописаны процедуры проверки (валидации) запросов на возмещение. Дважды в год 36 специально обученных специалистов посещают территориальные подразделения ФОМС, чтобы провести выборочную проверку 1% документов учреждений первичной медико-санитарной помощи и 3% (или 100 документов) больниц.

При проведении проверок, связанных с заболеваниями, процедурами или конкретными направлениями, не используются единые критерии, что позволило бы стандартизировать и упростить оценку разнородных сведений. Однако планируется уделить дополнительное внимание учреждениям, относящимся к группе повышенного риска, которые были определены в ходе анализа базы данных ФОМС. Это стимулирует организации вести мониторинг эффективности своей деятельности и внутреннего управления[[12]](#footnote-12).

***Доступ к информации***

Согласно Европейского обзора систем здравоохранения, законодательство, регулирующее доступ к информации, широко используют НПО. Они регулярно направляют информационные запросы в Министерство здравоохранения, ФОМС, Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора и Департамент лекарственных средств и медицинских изделий. Информацию о правах пациентов можно найти на сайтах МЗ и ФОМС. Помимо этого, ФОМС проводит информационно-разъяснительную работу: распространяет листовки, публикует статьи в журналах и организует радио и телетрансляции.

***Механизмы обратной связи***

Пациенты и широкая общественность могут использовать следующие механизмы обратной связи:

* Письменные жалобы в Министерство здравоохранения и подведомственные организации;
* Личные встречи с министром здравоохранения или его заместителями, руководителями департаментов Министерства здравоохранения и подведомственных организаций;
* Жалобы через специальные разделы СМИ или специальные эфиры (например, «вопросы и ответы», горячие линии, «вы спрашиваете – мы отвечаем»).

В случае нарушения своих прав пациент может направить жалобу руководителю организации здравоохранения, в которой он обслуживался, в соответствующую профессиональную ассоциацию или в гражданский суд. Все жалобы регистрируются и рассматриваются специально созываемой комиссией, а о результатах разбирательств сообщается руководителю соответствующей организации здравоохранения. Если будет установлено, что права пациента были действительно нарушены, руководитель организации здравоохранения налагает определяемый законодательством штраф на сотрудника, который нарушил права пациента. Любая неофициальная оплата, полученная сотрудником, должна быть возвращена пациенту. Если комиссия установит, что лечение было плохого качества, региональное отделение ФОМС налагает штраф на соответствующую организацию здравоохранения в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан Кыргызской Республики» (принят 18 октября 1999 года), который регулирует организацию медицинских услуг и обеспечение их качества. Если в ходе своей регулярной проверки региональные отделения ФОМС обнаружат нарушения в расходовании средств, выделяемых на здравоохранение, то дело передается в Министерство здравоохранения.

ФОМС несет единоличную ответственность за защиту прав пациента на медицинское обслуживание. В ФОМС предусмотрен центральной отдел, а также областные отделы, основная задача которых – работать напрямую с пациентами над защитой их прав (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Областные отделы выполняют следующие задачи:

* Организуют работу «Горячей линии»;
* Рассматривают жалобы и следят за принятием необходимых мер;
* Ведут информационную и разъяснительную работу о правах пациентов;
* Взаимодействуют с гражданским обществом по вопросам, связанным с правами пациентов (в частности, в области ВИЧ/СПИД);
* Координируют деятельность в рамках более широкой системы обеспечения качества;
* Проводят регулярные обследования уровня удовлетворенности пациентов, чтобы выяснить их мнение о качестве медицинского обслуживания и профилактики.

Номер «горячей линии» размещен на видных местах во всех организациях здравоохранения, регулярно публикуется в местных газетах, а иногда печатается на календарях и других информационных материалах, которые распространяются среди населения. Цель «горячей линии» – получать от пациентов информацию о неофициальных платежах, случаях халатности, плохом качестве медицинского обслуживания и случаях отказа в оказании услуг, которые носят дискриминационный характер (наличие у пациента определенного заболевания или неспособность заплатить). Специалист отдела регистрирует поступающие звонки в базе данных для принятия соответствующих мер (например, сотрудники отдела могут посетить организацию здравоохранения). Если по результатам проводимого отделом разбирательства установлено, что поступившая жалоба является обоснованной, ФОМС направляет в организацию официальное требование принять необходимые меры. Невыполнение первоначальных рекомендаций ФОМС влечет за собой принятие других мер со стороны ФОМС.

В 2018 году в среднем в ФОМС поступало примерно 250 звонков в неделю, и всего было получено и удовлетворено 159 жалоб. Для сравнения, в 2017 году была получена 141 жалоба. Более половины жалоб в 2018 году были связаны с грубостью и халатностью со стороны медицинского персонала и волокитой. Еще 41 жалоба касалась низкого качества лечения, а 10 – низкого качества скорой помощи. Остальные жалобы касались нарушения трудового законодательства, отказа в предоставлении медицинских услуг или плохих условий в организациях здравоохранения.

В ходе проведения обследований уровня удовлетворенности пациентов ФОМС формирует выборку, состоящую из как минимум 5% пациентов стационаров и учреждений первичной медико-санитарной помощи. Результаты обследований анализируются, направляются поставщикам медицинских услуг и учитываются при заключении контрактов с поставщиками услуг[[13]](#footnote-13).

Помимо рассмотрения поступающих жалоб специалисты областных отделов посещают случайно выбранные организации, где проверяют качество медицинского обслуживания, изучают объемы и использование официальной сооплаты и наблюдают за взаимодействием «пациент-медработник», чтобы убедиться в том, что пациентов обслуживают уважительно. Нарушения утвержденных клинических протоколов и прав пациентов регистрируются, после чего руководителю организации направляется официальное письмо. Руководитель организации должен в установленное время ответить на письмо, предоставив подтверждение того, чтобы были приняты необходимые меры. Такая выборочная проверка проводится ежеквартально.

***Обеспеченность кадрами***

В соответствии с министерским приказом №31 (2015 год), касающимся норм обеспеченности кадрами в организациях здравоохранения, на каждые 2000 человек обслуживаемого населения должен быть как минимум один семейный врач, на каждого семейного врача должно приходиться две семейные медсестры, а на каждые 1000 человек обслуживаемого населения – один фельдшер[[14]](#footnote-14).

Стараясь привлечь и удержать медработников в сельских районах, МЗ реализовало следующие меры:

* Согласно статье 97 Закона «О защите здоровья» (2005 г.) студенты бюджетных отделений медицинских учебных заведений должны после окончания учебы отработать по распределению в сельском районе не менее двух лет.
* Программа «Депозит врача», которая была изначально разработана для того, чтобы привлекать молодых врачей в сельскую местность, – особенно в те районы, где наблюдается дефицит кадров – постепенно превратилась в программу удержания существующих кадров любого возраста. В рамках этой трехлетней программы врачи, желающие переехать в отдаленные села, где наблюдается постоянная нехватка кадров, ежемесячно получают на свой банковский счет 3000 сом (83 доллара США) (за вычетом подоходного налога), снимать которые они могут раз в полгода. Учитывая сложности с привлечением новых врачей, МЗ решило позволить уже работающим врачам подавать заявления о приеме на работу на их собственные должности, чтобы сохранить хотя бы тех врачей, которые уже работают в селах. Таким образом, программа превратилась в инструмент удержания уже имеющихся медработников, а не привлечения новых. На начало 2009 года в программе принимали участие 147 человек, 20 из которых – это выпускники клинической ординатуры и аспирантуры, а оставшиеся 127 человек – местные врачи. К началу 2010 года общая сумма, выплачиваема врачам, работающим по этой программе, составила 6,3 млн. сом.
* В 2007 году была реанимирована годовая программа интернатуры, в соответствии с которой студенты должны проходить практику в объединенных областных больницах, областных ЦСМ, территориальных больницах и районных ЦСМ (в основном расположены в поселках городского типа и сельской местности)[[15]](#footnote-15).

***Управление информацией и данными***

Мониторинг и оценка проводятся с помощью информационной системы здравоохранения, включающей в себя пять баз данных: база данных ФОМС о застрахованном населении; база данных пациентов ПМСП, которая позволяет учреждениям первичной медико-санитарной помощи осуществлять выплаты на подушевой основе; база данных пациентов больниц, предусматривающая кодировку пациентов, что позволяет проводить выплаты за каждый пролеченный случай; реестр амбулаторного обслуживания; база данных ДПЛС.

Информационная система ФОМС отслеживает пользование медицинскими услугами и сооплату в рамках ПГГ, исходя из медицинских состояний, социальной категории и географического положения. Эти базы данных играют важную роль для мониторинга ПГГ. Используя результаты анализа данных о выплатах и пользовании услугами, ФОМС:

* *Изучает организации, показатели которых выделяются на общем фоне* (например, в организации наблюдаются необычно низкие или высокие объемы сооплаты для указанного в отчетах количества пролеченных случаев), и рассматривает случаи несоответствия между количеством пролеченных случаев и сооплатой. Например, если указанный в отчете размер сооплаты намного выше размера, установленного для такого диагноза, проводится разбирательство, по результатам которого принимаются дополнительные меры.
* *Выявляет барьеры для пользования услугами*. Например, если в каком-то районе или организации снизился показатель пользования услугами, связанными с детским здоровьем (по сравнению с другими организациями или с предыдущим периодом), отдел контроля качества ФОМС проверит эту организацию более тщательно, направив в нее специалистов для проведения выборочной оценки: изучения документации и опроса пациентов (например, снижение показателей пользования услугами может быть результатом того, что пациентам приходится вносить неофициальную оплату).
* *Прогнозирует доходы на следующий год*. Так как сооплата является важным источником финансирования, при составлении бюджета используются данные об объемах сооплаты за предыдущий год.
* *Изучает последствия принятия новой политики* (например, отмены сооплаты для родов) для бюджета организаций здравоохранения и устойчивости ПГГ [[16]](#footnote-16).

Помимо этого, ФОМС внедрил ряд индикаторов, которые используются в рамках контрактов с организациями здравоохранения по ПГГ и включают в себя мониторинг роста и постоянную профилактику заболеваний среди детей младше 5 лет, своевременную вакцинацию детей в соответствии с программой иммунизации, своевременное оказание пренатального ухода и последующую работу с пациентами, состояния которых связаны с первичной помощью (астма, гипертония и хроническое обструктивное заболевание легких).

# 7. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ ДЛЯ ПРОГРАММЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Учитывая текущие условия, описание которых приводится в главе 6, для программы актуальны два основных принципа, которые имеют социальное значение – Основной принцип 1: Общий принцип экологического и социального управления и Основной принцип 3: Коренное население и уязвимые группы. Основной принцип 4: Отвод земли не актуален для программы, так как в ее рамках предусмотрен лишь косметический ремонт существующих объектов. Таким образом, программа никак не повлияет на частную собственность или жизнедеятельность частных собственников.

Ниже приводится более подробное описание социальных аспектов, которые актуальны для этой программы.

### 7.1 Социальные аспекты

***Доступ к ПМСП***

Ситуация в целом.В соответствии с приказом министерства №229 (2006 г.) для семейных врачей и медсестер центров семейной медицины установлен семичасовой рабочий день и пятидневная рабочая неделя. График работы включает в себя прием пациентов (три часа), посещение пациентов на дому (три часа) и дежурство в выходные дни. Согласно многочисленным отчетам, рабочего времени в учреждениях первичной помощи катастрофически не хватает. По словам опрошенных лиц большинство учреждений открыты в среднем шесть часов, при этом посещению пациентов на дому уделяется два часа, а ежедневному приему пациентов – четыре. Нет системы записи или официальной очереди, а когда рабочий день заканчивается, у пациентов не остается другого выбора, как обратиться в больницу. В результате нагрузка на больницы и скорую помощь становится чрезмерной[[17]](#footnote-17).

В сельской местности. ПМСП в сельской местности обеспечивается фельдшерско-акушерскими пунктами, которые в крупных селах укомплектованы как минимум одним фельдшером или медицинской сестрой и акушеркой. Помимо этого, в городах и селах с населением более 2000 человек действуют центры семейной медицины и организуются центры общей практики (за счет объединения учреждений первичной медико-санитарной помощи и территориальных больниц), которые оказывают услуги в отдаленных и труднодоступных районах. Несмотря на такое разнообразие механизмов оказания первичной медико-санитарной помощи, постоянно поступают сведения о том, что в сельских районах не хватает специалистов,[[18]](#footnote-18) что отрицательно сказывается на доступности и качестве ПМСП.

Согласно промежуточному анализу программы «Манас Таалими», в сельских районах растет количество ГСВ, которые вынуждены обслуживать более 2000 человек, при том, что согласно нормам на одну ГСВ должно приходиться 1500 человек. В 2006 году (когда была запущена программа «Манас Таалими») более 2000 человек были вынуждены обслуживать 58 процентов сельских ГСВ, так что задачей программы было сократить этот показатель до 33 процентов. Вместо этого, в 2007 году показатель вырос до 81 процента. В ряде сельских районов неспособность МЗ привлечь молодых выпускников приводит к тому, что многие позиции остаются вакантными очень долгое время, увеличивая нагрузку на имеющихся сотрудников. При этом растет средний возраст медицинских работников[[19]](#footnote-19). У семейных врачей нет достаточных стимулов для работы в отдаленных районах, и местные власти играют совсем небольшую роль в организации таких стимулов, которые позволяли бы привлекать и удерживать специалистов в области ПМСП[[20]](#footnote-20).

***Охват и целевые группы пакета программы государственных гарантий***

Несмотря на то, что ПГГ устанавливает правовую основу для оказания услуг, получение некоторых услуг, включенных в этот пакет, связано с сооплатой или неофициальной оплатой, в результате чего неофициальные расходы на медобслуживание по-прежнему остаются на высоком уровне. Кроме того, до конца не понятно, какие именно услуги должны оказываться на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это связано с тем, что для семейных врачей не были четко определены должностные обязанности. В отчетах отмечается, что пациенты не знают о ДПЛС, в рамках которого покрывается стоимость препаратов или субсидируется хотя бы часть их стоимости [[21]](#footnote-21).Также не понятно, как именно можно сменить ГСВ после переезда на новое место жительства. Это создает проблемы для растущего количества внутренних мигрантов, которые считают, что не имеют права на получение первичной медико-санитарной помощи до тех пор, пока они не получат прописку на новом месте, на что иногда уходят годы[[22]](#footnote-22).

Несмотря на то, что пациенты с низким доходом имеют право на освобождение от сооплаты, право на такое освобождение распределяется неэффективно. Так, исследование, проводившееся в 2013 году Джамалом и Джакобом, показало, что право на освобождение от сооплаты имеют 50 процентов пациентов, относящихся к наиболее бедному квинтилю, и 39 процентов пациентов, относящихся к наиболее богатому квинтилю. Кроме того, из-за отсутствия четких механизмов, решения об освобождении от сооплаты принимаются по каждому пациенту индивидуально специально создаваемыми комитетами. Если пациент освобождается от сооплаты, стоимость медобслуживания покрывается из средств резервного фонда организации здравоохранения, который складывается за счет удержания 10 процентов всей сооплаты. Помимо этого, нет чептко установленной процедуры получения документов, подтверждающих, что доход пациента находится ниже установленной черты бедности[[23]](#footnote-23).

***Доступ к лекарственным средствам***

Право на получение препаратов в рамках ДПЛС имеют все застрахованные лица, однако отчет ВОЗ за 2016 год показывает, что на практике препараты из ДПЛС выписываются и предоставляются только тем пациентам, которые зарегистрированы в ГСВ. Это связано с тем, что бюджет, связанный с выписываемыми препаратами, получают именно ГСВ. На каждого зарегистрированного пациента ГСВ получает 50 сом ($0,77) в год. Если эта сумма расходуется раньше, то до конца года пациент уже не может рассчитывать на возмещение в рамках ДПЛС и должен платить за препараты самостоятельно.

Более того, даже несмотря на то, что пациенты должны оплатить около 50% стоимости препаратов из ДПЛС, ввиду отсутствия регулирования розничных цен сооплата редко составляет 50%. Цена не является фиксированной и устанавливаются в индивидуальном порядке, когда рассчитывается базовая стоимость. Согласно законодательству, базовые цены должны регулярно пересматриваться, однако на практике это происходит редко. Последний раз цены пересматривались более двух лет назад (с 2012 по апрель 2015 года). Согласно ФОМС, процесс пересчета зависит от наличия сотрудников, и пересмотр всего перечня занимает 4-6 месяцев[[24]](#footnote-24).

***Организация работы, связанной с медицинскими состояниями***

Здоровье матери. Учитывая отсутствие устойчивого прогресса в достижении ЦРТ 5, в 2013 году Правительство КР и система ООН договорились принять Рамки ускорения ЦРТ и внедрить ряд выполнимых решений, которые были включены в реформу здравоохранения «Ден-Соолук»[[25]](#footnote-25). Эти решения были направлены на сексуальное и репродуктивное здоровье, антенатальный уход, эффективный перинатальный уход и неотложную акушерскую помощь и включали в себя несколько срочных мер: информирование женщин о признаках недостаточного питания в ходе беременности, разработка и внедрение во всех областных роддомах, а также роддомах и частных клиниках Бишкека и Оша (которые работают с пациентками, беременность которых протекает сложно) клинических протоколов, связанных с безопасным проведением абортов[[26]](#footnote-26).

Однако для того, чтобы обеспечить достижение результатов принятых мер необходимо обеспечить соблюдение и реализацию различных клинических протоколов, связанных со здоровьем матери.

Диабет. Чтобы остановить рост количества пациентов с диабетом, Правительство КР приняло ряд мер, связанных с политикой, руководствами, мониторингом, а также наличием в учреждениях первичной медико-санитарной помощи лекарственных препаратов, основных технологий и процедур (см. рис. 7).[[27]](#footnote-27)

**Рисунок 7. Меры борьбы с диабетом в КР**

**Политика, руководства и мониторинг**

|  |  |
| --- | --- |
| Операционная политика/стратегия/план действий в области диабета | Да |
| Операционная политика/стратегия/план действий в области борьбы с лишним весом и ожирением | Да |
| Операционная политика/стратегия/план действий в области повышения физической активности | Да |
| Научно-обоснованные национальные руководства/протоколы/стандарты в области диабета | Внедрены и полностью реализованы |
| Стандартные критерии для направления пациентов из учреждений первичной медико-санитарной помощи в организации следующего уровня | Внедрены и полностью реализованы |
| Реестр пациентов с диабетом | Да |
| Свежее национальное исследование факторов риска, в рамках которого измерялся уровень глюкозы в крови | Да |

Наличие в государственном секторе лекарственных препаратов, основных технологий и процедур

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Препараты в учреждениях первичной медико-санитарной помощи** | |  | **Основные технологии в учреждениях первичной медико-санитарной помощи** | |
| Инсулин |  | Измерения уровня глюкозы в крови |  |
| Метформин |  | Оральный тест на толерантность к глюкозе |  |
| Сульфонилмочевина |  | Тест на гемоглобин |  |
| **Процедуры** | | Осмотр глазного дна |  |
| Фотокоагуляция сетчатки |  | Диагностика стопы с помощью камертона |  |
| Заместительная почечная терапия с помощью диализа |  | Диагностика сосудов ног с помощью Доплера |  |
| Заместительная почечная терапия с помощью трансплантации |  | Анализ мочи (с помощью тест-полосок) для измерения уровня глюкозы и кетона |  |

- предлагается не повсеместно- предлагается повсеместно

Источник: Всемирная организация здравоохранения. Страновые данные по диабету. 2016.

При этом на уровне ПМСП пациентов с диабетом направляют для сдачи анализов в частные лаборатории, стоимость одного анализа в которых составляет в районе 500 сом ($ 7,5), что намного выше, чем фактические затраты на его проведение (≈$1). Это влечет за собой серьезные негативные последствия: пациенты не сдают анализы и не отслеживают развитие у себя диабета, а на лиц, которые соглашаются обратиться в частные лаборатории, ложится дополнительная финансовая нагрузка.

***Лечебный потенциал на уровне ПМСП***

Несмотря на наличие правовой основы, семейные врачи не до конца понимают, чем они должны заниматься, а пациенты плохо представляют себе, какие именно услуги оказывают эти врачи. Недостаток потенциала или дополнительной подготовки, которая бы позволяла врачам правильно ставить диагноз (даже на тех уровнях, с которыми связаны низкие риски) приводит к тому, что пациентов часто направляют к специалистам без определения группы риска. Как следствие, на уровне первичной медико-санитарной помощи практически не предлагаются лечение и вторичная профилактика и не ведется мониторинг выполнения рекомендованного пациенту лечения.

Более того, из-за нехватки наставников в области семейной медицины у среднего медицинского персонала ограничен доступ к непрерывному образованию. Медсестринские услуги рассматриваются, как вспомогательные (выполнение определенных задач) и не ориентированы на пациентов. Обучение среднего медицинского персонала проводят врачи, а не другие медсестры, и их подготовка в основном связана с заболеваниями и процедурами, а не с развитием критического мышления.

***Обратная связь с пациентами***

Несмотря на то, в действующем законодательстве предусмотрены положения о защите прав пациентов на оплачиваемое медицинское обслуживание, конфиденциальность медицинских данных, получение информации и достоинство (2005 г.), с точки зрения самих пациентов этим вопросам не уделяется достаточного внимания. В ФОМС действует колл-центр, в который можно позвонить бесплатно с мобильного или стационарного телефона. Однако звонки в систему МЗ не со стационарного телефона являются платными, в результате чего этой системой не пользуются сельское жители, у которых есть только мобильные телефоны. Несмотря на то, что МЗ и ФОМС внедрили системы сбора, рассмотрения и ответа на жалобы, поступающие от населения и советов по качеству [[28]](#footnote-28), нет каких-либо сведений о том, что такая работа ведется на уровне учреждений ПМСП [[29]](#footnote-29).

***Информационно-разъяснительная работа с общественностью***

Правительство КР реализовало ряд мер, чтобы лучше информировать общественность о вопросах и стандартах здравоохранения. Например, по всей стране проводятся акции и кампании в СМИ: «День здоровья», «Узнай свое давление!». Сельские комитеты здоровья проводят «Недели профилактики гипертонии», а на рабочих местах измеряется давление. Кроме того, сельские комитеты здоровья успешно привлекают внимание общественности (особенно в отдаленных районах) к таким темам, как уход за детьми раннего возраста, бруцеллез, здоровый образ жизни, сердечно-сосудистые заболевания. Однако по всей стране все еще наблюдается низкое знание вопросов здорового образа жизни, особенно связанных со здоровым питанием и физической активностью. Согласно исследованию ВОЗ STEP (2013 г.) лишь 26% респондентов потребляют рекомендуемое количество фруктов и овощей, и это несмотря на то, что эти продукты являются доступными (особенно в сельской местности). Озабоченность все еще вызывает знание вопросов планирования семьи и использования контрацептивов, что отчасти связано с религиозными взглядами и традициями[[30]](#footnote-30).

### 7.2 Социальные риски

С учетом общей ситуации, описание которой приводится в Главе 6, перечисленные выше социальные аспекты свидетельствуют о том, что с Программой улучшения качества первичной медико-санитарной помощи связаны серьезные социальные риски – необходимо обеспечить равный доступ к благам, которые предлагает Программа, особенно среди уязвимых групп.

Одним из ключевых аспектов обеспечения качественного медицинского обслуживания является принятие мер по обеспечению доступности медицинских услуг для пациентов ПМСП, особенно для пациентов с диабетом или нуждающихся в услугах по охране материнского здоровья (обе эти группы считаются наиболее приоритетными в рамках последней программы реформ МЗ на 2019-2030 гг.). Несмотря на то, что для ПМСП предусмотрены директивы и клинические протоколы, необходимо предусмотреть какие-то меры, чтобы стимулировать их применение, а также вести регулярный мониторинг их использования, что позволит обеспечить необходимое качество обслуживания, связанного с этими состояниями, на уровне ПМСП.

Кроме того, тот факт, что пациенты с низким уровнем дохода должны нести финансовую нагрузку, связанную с сооплатой или неофициальной платой, противоречит принципам равного доступа и качественного обслуживания. С большой долей уверенности можно сказать, что отсутствие ясности в связи с услугами, которые включены в ГПП, или ограничивает доступ к услугам ПМСП или подрывает доверие к руководству и лечению состояний, которые могут быть смертельными.

Ограниченный лечебный потенциал на уровне ПМСП имеет серьезные последствия для защиты пациентов и их прав на получение качественного медицинского обслуживания. В этой связи очень важно анализировать эффективность работы поставщиков услуг наличие и у сотрудников учреждений ПМСП (особенно у женского персонала и сотрудников, работающих в отдаленных районах) возможности постоянно повышать квалификацию

То факт, что МЗ и ФОМС используют только официальные механизмы получения обратной связи от пациентов и общественности, свидетельствует о том, что на уровне ПМСП есть пробел в этой области. Любые попытки реформировать или улучшить качество учреждений ПСМП будут неполными или плохо подготовленными без получения обратной связи от пациентов.

И последнее – поддержку в рамках Программы получат только проекты косметического ремонта существующих учреждений, что не повлияет на имущество или жизнедеятельность частного сектора.

# 8. ВЫВОДЫ, КАСАЮЩИЕСЯ СПОСОБНОСТИ КР УПРАВЛЯТЬ СОЦИАЛЬНЫМИ РИСКАМИ, И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕРЫ

Ниже представлены сильные и слабые стороны системы здравоохранения КР с точки зрения реализации Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи.

### 8.1 Сильные стороны

**Ряд идущих друг за другом реформ в области здравоохранения КР помог улучшить несколько ключевых аспектов, связанных с эффективностью системы здравоохранения.** Благодаря внедрению ГПП и ДПЛС имеющиеся ограниченные ресурсы стали использоваться более эффективно. Формирование специального бюджета для ГПП из средств ФОМС обеспечило возможность улучшить доступ к медицинским услугам для большинства уязвимых групп и повысить эффективность и прозрачность медицинского обслуживания.

**Правительством КР уже был принят ряд нормативно-правовых актов и стратегических планов, обеспечивших реализацию реформ в области здравоохранения и прогресс в улучшении качества обслуживания.** В Главе 6 приводится краткий обзор соответствующего законодательства.

Помимо этого, было реализовано несколько программ (финансируемых в основном партнерами по развитию), ставивших своей целью воплотить в жизнь стратегические планы в пилотных районах .[[31]](#footnote-31) Так, Всемирный банк поддержал программу «Финансирование на основе результатов», благодаря которой соответствие стандартам, установленным для беременных женщин, увеличилось с 35-40% до 65%. Так как в ходе реализации программы был выявлен ряд пробелов в руководстве по охране здоровья матери и ребенка, Правительство КР издало новый Порядок ведомственного контроля качества медицинской деятельности.

**Для большинства приоритетных направлений программы «Ден Соолук» внедрены клинические протоколы и руководства,** включая протоколы и руководства в области охраны здоровья матери и ребенка, туберкулеза и гипертонии. Соблюдение клинических протоколов и руководств (если они есть) является ключевым аспектом процедуры валидации, которую использует ФОМС[[32]](#footnote-32).

**Приоритетом для страны является развитие медицинской информационной системы, которая поможет вести анализ и мониторинг.** Постановлением Правительства 134/2016 была утверждена Стратегия развития электронного здравоохранения и план действий на 2016-2020 гг., в рамках которых обеспечивается централизация электронных карточек пациентов, администрирование пациентов, информации и ссылочных материалов, а также взаимодействие между всеми организациями здравоохранения. Каждая организация должна будет приобрести оборудование и системы для взаимодействия с национальным центром и определить, кто отвечает за качество, анализ и толкование сводных данных и работу с источниками данных (для подтверждения данных и получения новых сведений)[[33]](#footnote-33).

**В стране есть ряд программ повышения квалификации поставщиков ПМСП.** Ведущую роль подготовке специалистов в области ПМСП и семейной медицины играет Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. В 1995-2005 гг. при поддержке международных доноров (включая Всемирный банк, проект USAID ЗдравПлюс, Кыргызско-финский проект и других партнеров по развитию) этот институт разработал и внедрил комплексную стратегию подготовки и повышения квалификации специалистов в области ПМСП. Первоначально, стратегия включала в себя 11-месячный курс семейной медицины, открытие центров семейной медицины на областном уровне и повышение квалификации всех врачей и среднего медицинского персонала, работающих в сфере ПСМП в стране[[34]](#footnote-34). В настоящее время Кыргызская государственная медицинская академия готовит новую учебную программу, а Ассоциация больниц и Ассоциация групп семейных врачей и семейных врачей медсестер принимают участие в сертификации врачей и принятии стандартов медицинского обслуживания и оценке соответствия этим стандартам разных специальностей и районов страны[[35]](#footnote-35).

**МЗ и ФОМС внедрили системы обратной связи**. Эти системы отслеживают сбор, рассмотрение и отчетность по жалобам пациентов и могут использоваться для подготовки пилотных программ и внедряться в учреждениях ПМСП[[36]](#footnote-36).

**Активное участие в работе государственного сектора здравоохранения принимают НПО**. Ассоциация больниц КР и Ассоциация групп семейных врачей и семейных врачей медсестер принимают активное участие в работе различных советов и рабочих групп Министерства здравоохранения, отвечающих за разработку политики в области здравоохранения, назначение руководства и оценку эффективности работы организаций здравоохранения, проходившей в 2015 году. Всего в стране действовали 80 медицинских ассоциаций, многие из которых объединились в Кыргызскую медицинскую ассоциацию. Профессиональные ассоциации уже принимают участие в сертификации медицинских специалистов, разработке стандартов для различных специальностей и оценке соблюдения этих стандартов по всей стране. Основной движущей силой развития должно стать давление со стороны профессионального сообщества[[37]](#footnote-37).

### 8.2 Слабые стороны

**Модель первичной медико-санитарной помощи проработана недостаточно четко**. Роль первичной медико-санитарной помощи до конца не понятна ни общественности, ни медработникам. Основным показателем этого является тот факт, что за постановкой диагноза и лечением пациенты обращаются не в учреждения ПСМП, а напрямую к специалистам. Система направления и обратного направления пациентов работает не оптимально – пациенты самостоятельно обращаются к семейным врачам или специалистам за услугами, которые им могли бы оказать на уровне ПМСП. Также в рамках модели первичной медико-санитарной помощи не до конца понятна вторичная профилактика и обслуживание неотложных состояний. В число аспектов этой проблемы также входят высокий показатель необоснованной госпитализации и отсутствие наблюдения за пациентами после выписки (ввиду того, что информационные потоки организованы нечетко).

**Неясность в отношении пакета услуг в рамках ПГГ.**

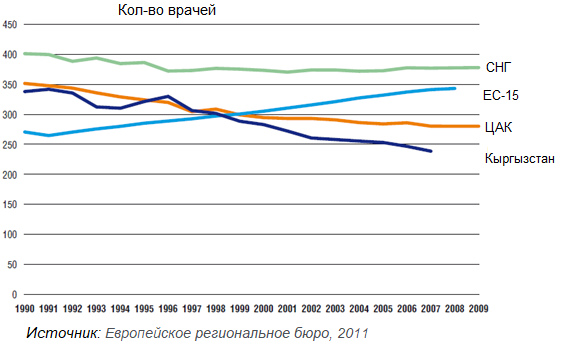
Это – ключевой аспект обеспечения равного доступа к ПМСП и, как следствие – первый шаг на пути улучшения качества медицинской помощи. В настоящее время отсутствует ясность в отношении пакета услуг, которые должны оказываться на уровне первичной помощи, и нет четкого набора принципов, в соответствии с которыми можно было бы определять приоритетные услуги для включения в этот пакет. В отчетах также отмечается, что пациенты не знают о ДПЛС, который полностью или частично покрывает стоимость лекарственных препаратов. [[38]](#footnote-38)

**Плохо соблюдаются клинические протоколы, составленные на основе научных данных**. В отчетах регулярно отмечается, что не всегда в учреждения есть или соблюдаются клинические протоколы. Программы повышения квалификации составляются без учета новых руководств. Кроме того, протоколы не всегда облегчают координирование услуг. Например, если мы говорим об услугах, связанных с ВИЧ, то в этих протоколах не учитывается разница между вертикально организованной системой поставщиков услуг и децентрализованной сетью центров семейной медицины.

**Отсутствует системный подход к подготовке поставщиков услуг ПМСП.** Несмотря на то, что доказательный подход в медицине был принят еще на раннем этапе реализации стратегии «Манас Таалими», клинические практики и соответствующими методы улучшения качества должны внедряться более системно через учебные программы, преподавание и экзаменование студентов, проходящих клиническую практику. Более того, государственные образовательные стандарты, которые Министерство образования утвердило в 2015 году, являются общими для всех учебных заведений и не включают в себя описание знаний и компетенций, необходимых для медицинских работников и не определяют содержание учебной программы. В довершение ко всему, сегодня в стране нет специализированного ресурсного центра, архива или информационной службы, которым могли бы пользоваться все медработники, чтобы получить или обменяться теоретической и практической информацией о стандартах, параметрах и улучшениях[[39]](#footnote-39).

**Количество поставщиков медицинских услуг в КР продолжает сокращаться**. В Кыргызстане растет уровень внутренней и внешней миграции среди медработников. В 2009 году из государственных организаций здравоохранения уволились 1099 врачей и 3080 медсестер (включая 60 врачей и 180 медсестер, уехавших за границу). На Рисунке 8 представлен сравнительный анализ количества врачей и среднего медицинского персонала в Кыргызстане и других странах Европейского региона ВОЗ[[40]](#footnote-40).

**Рисунок 8. Количество врачей на 100 000 человек в Кыргызстане, ЦАК (Центральная Азия и Казахстан), СНГ и странах ЕС-15, 1990–2009**

****

**Польза от медицинских информационных систем не будет ощущаться в полной мере до тех пор, пока не будет эффективного механизма подачи данных.** На уровне первичной медико-санитарной помощи ситуация усугубляется слабостью материально-технической базы (инфраструктуры и лабораторного и диагностического оборудования), а также тем, что из-за плохой автоматизации системы ведения медицинской и учетной документации приходится вести чрезмерный, но при этом малоинформативный письменный учет и заполнять формы.

Сравнительный анализ этих сильных и слабых сторон показывает, что система здравоохранения в КР обладает достаточным потенциалом для реализации Программы улучшения качества первичной медико-санитарной помощи.

### 8.3 Рекомендации ОЭСС по смягчению социальных рисков

Чтобы сделать структуру программы боле эффективной и свести к минимуму социальные риски (см. Главу 7), были рекомендованы следующие меры, которые были учены в технической части программы и включены в предварительный график ее реализации.[[41]](#footnote-41)

Мониторинг эффективности реализации этих мер будет вести команда Всемирного банка в рамках совей обычной деятельности по поддержке реализации программы.

* **Предусмотреть для учреждений ПМСП стимулы для внедрения на пилотной основе нового механизма регулярного получения от пациентов обратной связи.** Если эта рекомендация будет внедрена эффективно, это поможет улучшить мнение пациентов о профессионализме и добросовестности семейных врачей и позволит учреждениям ПСМП отслеживать свою эффективность и определять вызовы и проблемные места. В матрицу результатов программы был добавлен следующий индикатор промежуточных результатов: *«Количество учреждений ПСМП, которые на пилотной основе внедрили новый механизм регулярного получения у пациентов информации об их опыте»*. МЗ/ФОМС разработают и в отобранных учреждениях ПСМП внедрят на пилотной основе анкету для сбора сведений об опыте пациентов, что соответствует основному направлению поддержки Программы.[[42]](#footnote-42)
* **Оказание технической поддержки в разработке методологии пересмотра охвата пакетом ГПП и внедрения механизма регулирования цен на медицинские препараты, включенные в ДПЛС.** Техническая поддержка по двум этим направлениям имеет ключевое значение для доступа пациентов (особенно принадлежащих к группам с низком доходам и уязвимым группам) к ПМСП. Кроме итого, неотъемлемой частью этой работы должно стать повышение осведомленности пациентов о своих правах. Эти меры отражены в ИВС 7 и 8[[43]](#footnote-43), а конкретные мероприятия по реализации этих ИВС в 1-5 годы работы Программы подробно изложены в графике ее реализации[[44]](#footnote-44).
* **Мониторинг реализации клинических протоколов в области диабета и материнского здоровья**. Это позволит ФОМС определить целевые и исходные показатели для организации работы по этим состояниям и обеспечить учреждениям ПСМП стимулы для соблюдения этих протоколов. В рамках Программы будет разработана система сбалансированных показателей (ССП) для оценки эффективности работы учреждений ПСМП. Внедрение ССП (ИВС 6[[45]](#footnote-45) графика реализации Программы) также предусматривает мониторинг клинических протоколов, включая протоколы, связанные с диабетом и материнским здоровьем.
* **Ключевое значение для защиты пациентов и их прав на качественное медицинское обслуживание будет иметь внедрение универсальных рамок для непрерывного образования и наращивания потенциала сотрудников учреждений ПСМП**. ИТ-решения для организации повышения квалификации станут особенно полезными для сотрудников, работающих в отдаленных районах (особенно для женщин), которым сложно добираться из дома. Эта мера отражена в ИВС 12, посвященном внедрению и функционированию национальной электронной платформа повышения квалификации на рабочем месте, а конкретные мероприятия подробно изложены в графике реализации Программы.

# 9. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ОТНОСИТЕЛЬНО ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕРЫ

## 9.1. Сильные стороны

В Кыргызской Республике накоплен большой опыт успешного развития системы общественного здравоохранения, включая многосторонний эпидемиологический, экологический и инфекционный контроль на всех этапах процесса выявления и лечения заболеваний. Приоритеты поддержки общественного здравоохранения и предотвращения распространения заболеваний были официально объявлены в секторальных и государственных документах, включая поддержку и развитие инфекционного контроля в системе здравоохранения, контроль обработки и утилизации МО, улучшение противоэпидемических мероприятий для УПМСП и т.д. Внедрена система стимулирующих противоинфекционных мероприятий с использованием механизмов ФОМС.

Сильные стороны комплексной системы экологической, эпидемиологической и инфекционной безопасности в здравоохранении в Кыргызстана настоящее время заключаются в следующем: имеется развитая законодательная база для сбора данных по общественному здравоохранению, а также существует государственная структура, отвечающая за сбор и предоставление информации. Осуществляется эпидемиологический надзор за инфекционными заболеваниями, возможные микробиологические и химические загрязнения контролируются по всей цепочке производства и сбыта продовольственной продукции, и разработаны долгосрочные программы по борьбе с основными заболеваниями. Создана система информирования населения о здоровом образе жизни и правильном питании через средства массовой информации, систему образования, неправительственные организации и иные структуры. Во всех организациях здравоохранения существует единая система первичной медицинской документации и статистической отчетности, которая позволяет получать сопоставимую информацию по всей стране. Контроль и регистрация профессиональных заболеваний осуществляются на полугодовой основе. Создан Республиканский медико-информационный центр, который постоянно ведет Национальную базу данных здравоохранения. Специальное программное обеспечение «Медстат» используется для сбора, обобщения и анализа информации, получаемой из национальных форм статистической отчетности. Также разработано и активно используется программное обеспечение для компьютерного отслеживания рисков и состояния инфекционной заболеваемости. Внедряются информационно-коммуникационные стратегии для предотвращения различных заболеваний среди населения при активном участии самого населения.

Правительством, НПО и научными организациями была проделана большая работа по разработке законодательных требований для управления всеми типами медицинских отходов в больницах. Принята специальная инструкция по безопасному обращению с МО, в которой используются стандартизованные определения, а также такие основные процедуры разделение, обработка, транспортировка, хранение и утилизация, наряду с определением основных обязанностей в данной области. На основании этой инструкции, ОЗ перенесли ее основные требования в свои институциональные правила, которые члены медицинского и среднего медицинского персонала стараются соблюдать и применять наилучшим образом. Так, например, полностью решена проблема с использованными одноразовыми шприцами – почти все они отправляются на переработку. Существуют готовые учебные модули по УМО, разработанные НПО «Профилактическая медицина» и Центром повышения квалификации и непрерывного образования работников здравоохранения, а также имеются готовые инструкции для медицинского персонала первичного уровня, которые могут использоваться для повышения квалификации персонала, занимающегося УМО.

## 9.2. Сохраняющиеся проблемы и недостатки

Несмотря на значительный прогресс в развитии системы многостороннего эпидемиологического, экологического и инфекционного контроля, *в организации общественного здравоохранения остаются системные пробелы*, которые сохраняют экологические, санитарные, медицинские и профессиональные риски на всех этапах процесса выявления и лечения заболеваний. Так, данные учета заболеваемости остаются неполными, поскольку регистрация заболеваний на первичном уровне является, преимущественно, пассивной, и осуществляется исходя из количества обращений за медицинской помощью, а не на основе активного эпидемиологического надзора и выявления пациентов с инфекционными заболеваниями, включая вспышки заболеваний. Кроме того, ветеринарная служба не всегда ставит службы здравоохранения в известность о регистрируемых среди животных случаях зооантропозных заболеваний. Бактериологические лаборатории оборудованы слабо, а в медучреждениях первичного уровня в сельской местности и во многих городах не ведется учет МО. Данные о качестве источников воды являются конфиденциальными и недоступны для населения. Отсутствие единой базы данных о качестве воды затрудняет анализ информации.

ПМСП испытывают острую нехватку специалистов по обеспечению инфекционной безопасности. Существующие и имеющиеся профессиональные кадры – особенно, в сельской местности – не обладают достаточными навыками для проведения анализа, оценки и прогнозирования санитарно-эпидемиологической ситуации. Имеющаяся информация слабо анализируется и мало используется в целях улучшения системы и оценки рисков на первичном уровне. Обучение персонала методам оценки рисков не учитывает современные международные подходы и требования. Учет, сбор и анализ информации осуществляются, преимущественно, на основе бумажных документов, тогда как современные информационные технологии не получили широкого применения для поддержания электронных форматов отчетности и обмена информацией.

Многие из эффективных инструментов сокращения инфекционных и эпидемиологических угроз – особенно, в первичном секторе здравоохранения – являются новыми и начали внедряться сравнительно недавно, и, следовательно, их необходимо проверять и анализировать.

Несмотря на успехи последних лет, представители многих государственных и общественных организаций здравоохранения отмечают *возникающие проблемы с УМО* в УПМСП как наиболее важные для обеспечения инфекционной безопасности персонала и пациентов.

Их обобщение позволяет выявить следующие недостатки:

***Системные недостатки:*** Управление медицинскими отходами регулируется слишком большим количеством законов/положений. Однако все они применимы только к государственным организациям. Из-за пробелов в законодательстве частные организации не соблюдают государственные нормы в области УПМСП. Более того, отраслевые стандарты и процедуры находятся в зачаточном состоянии, что особенно касается организаций первичной медико-санитарной помощи. Существующая модель УПМСП вращается вокруг медучреждений вторичного уровня (в основном больниц) и серьезно перегружена. Больницы могут отказаться принять медицинские отходы у УПМСП. В УПМСП система управления/утилизации медицинских отходов и инфекционного контроля как правило развита слабо, особенно в отдаленных сельских районах. Помимо этого, наблюдается недостаток информации и данных о экологических последствиях неправильного управления медицинскими отходами. В ходе опросов соответствующих сотрудников учреждений первичной медико-санитарной помощи не было получено каких-либо свидетельств того, что в этих учреждениях существует какой-либо механизм ведения базы данных о загрязнении почвы, воздуха и воды в результате неправильного управления медицинскими отходами. Также не удалось получить каких-либо данных о том, возникают ли у сотрудников учреждений первичной медико-санитарной помощи какие-либо проблемы, связанные с управлением отходами, осуществлением инфекционного контроля или обеспечения ОБТ.

На первичном уровне нет необходимого оборудования для обращения с МО (сбор и транспортировка) и утилизации МО (контейнеры для отходов, цветные пластиковые пакеты, должным образом оборудованные транспортные средства, помещения для утилизации и т. д.). Нет необходимого оборудования для обработки и обеззараживания некоторых видов одноразовых пластиковых медицинских изделий (кроме шприцев), а с медицинскими приборами и изделиями обращаются и хранят их неправильно. Кроме того, ситуация усугубляется высокой стоимостью транспортировки отходов, и отсутствием надлежащих помещений для хранения медицинских отходов и специальных установок для утилизации отходов.

***Обучение персонала:*** Отсутствует систематизированный подход к обучению медицинского и сестринского персонала УМО, что ведет к недостаточной осведомленности об опасностях и увеличивает риски для здоровья медицинского персонала, равно как и для населения и окружающей среды. Существующая система повышения квалификации и подготовки специалистов из отдаленных районов оставляет желать лучшего. Независимые эксперты отмечают нехватку персонала, знаний, опыта, квалификации и способностей во всех областях инфекционного контроля и УМО.

Экологический запрет на утилизацию МО посредством сжигания в населенных пунктах действует с 2003 года и усложняет проблему утилизации МО в ФАПах. Из-за этого многие ФАПы не могут продолжать пользоваться ранее использовавшимися специальными ямами для сжигания неопасных МО, и накапливают их для дальнейшей транспортировки в соответствующие централизованные пункты.

В системе утилизации загрязненных отходов – в целом, отлаженной – остается в значительной степени нерешенной проблема утилизации химических отходов из лабораторий, клинического материала биологического происхождения (моча, фекалии и т.д.). Как правило, эти отходы сливаются в местную канализационную систему – иногда без предварительной дезинфекции, несмотря на существующие нормы и правила. Всё б*о*льшую остроту приобретает проблема таких отходов как использованные одноразовые батареи, применяемые в некоторых медицинских приборах. Официальных пунктов приема таких отходов в стране нет.

Несмотря на проделанную в стране большую работу по разработке законодательных требований для УМО, существующие правила и нормы отвечают, в основном, на вопрос «*что* делать?». Для многих УПМСП остается открытым вопрос «*как* это сделать?” Эта проблема особенно актуальна с точки зрения транспортировки и выбора мест для окончательной утилизации. На самом деле, эти звенья цикла УМО не охвачены эффективным мониторингом и контролем.

В стране не ведется статистика и контроль медицинских отходов (за исключением крупных городов, в которых подобная практика была введена недавно), поскольку не согласована система показателей между Национальным статистическим комитетом, МЗ и ФОМС. Кроме того, наблюдается нехватка мотивации и заинтересованности в организации учета медицинских отходов.

Государственные и муниципальные власти не стимулируют участие частного сектора (или государственно-частное партнерство) в области утилизации и переработки МО, хотя это могло бы помочь радикальному решению данной проблемы за счет передачи обязанности по УМО профессиональным организациям, имеющим соответствующую государственную лицензию или аккредитацию.

# 9.3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ И ВКЛАД В ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРОГРАММЫ

Рекомендуемые меры смягчения связанных с Программой экологических рисков обсуждались и были согласованы с МЗ. Предполагаемый срок реализации рекомендованных мер равен сроку реализации программы и составляет 5-6 лет

1. **Пересмотр и обновление секторальных стандартов и процедур.** Правительству рекомендуется разработать гармонизированные отраслевые стандарты и процедуры (применимые и для государственного, и для частного сектора) для комплексного контроля инфекций и загрязнений на уровне ПМСП и управления медицинскими отходами Межведомственный комитет, состоящий из представителей МЗ, ФОМС, ГАООСЛХ, ГИЭТБ и других ответственных органов, должен пересмотреть и доработать систему сотрудничества и обязательств, включая выделение необходимого бюджета.
2. **Разработка и укрепление системы управления информацией.** ОЭСС рекомендует МЗ и ФОМС укрепить информационную базу для предотвращения инфекционных заболеваний и загрязнения окружающей среды на уровне ПМСП,. Необходимо разработать и разместить в открытом доступе базу данных, связанную с охраной и безопасностью труда в рамках ПСМП, и индикаторы качества почвы, воздуха и воды.
3. **Разработка и внедрение системы повышения потенциала.** По результатам ОЭСС рекомендуется разработать и на пилотной основе внедрить в государственном и частном секторе систему повышения квалификации сотрудников в сфере охраны и безопасности труда, инфекционного контроля и управления УМО.
4. **Реализация моделей УМО на пилотной основе.**По результатам ОЭСС правительству также рекомендуется внедрить в отобранных районах программу УМО и выделить для этих целей необходимый бюджет. После завершения программы этот пилотный проект можно внедрить во всех УПСМП.

Перечисленные ниже мероприятия предлагаются в качестве Плана действий Программы, и составлены на основе четырех рекомендованных мер в области УМО и инфекционного контроля:

**Таблица1. Меры защиты окружающей среды в рамках Плана действий Программы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Меры** | **Ответственная сторона** | **Сроки** | **Как будет измеряться реализация меры** |
| Укрепление механизма управления информацией в сфере профилактики инфекционных заболеваний и недопущения загрязнения на уровне ПСМП, включая разработку индикаторов, связанных с профилактикой и контролем инфекционных заболеваний, управлением медицинсекими отходами и качеством воды. | МЗ во взаимодействии с ФОМС | Не позднее, чем через 12 месяцев после запуска Программы | Индикаторы инфекционной безопасности и УМО добавлены и их показатели регулярно собираются в системе государственной и/или отраслевой статистики |
| Разработка систем повышения потенциала сотрудников учреждений ПСМП в сфере профилактики и контроля инфекционных заболеваний и упоравления медицинскими отходами | МЗ, МО, «Профилактическая медицина» | Не позднее, чем через 6 месяцев после запуска Программы | Количество сотрудников учредений ПСМП и других организаций (в соответствии с планами наращивания потенциала в рамках непрерывного образования в режиме онлайн для ИВС 2) |
| Разработка и реализация пилотных моделей управления медицинскими отходами в отобранных районах и учреждениях ПСМП (включая выделение необходимого бюджета) и создание комитета по надзору за полным цикром УМО | МЗ при взаимодейтсиии с другими сторонами | Не позднее, чем через 6 месяцев после запуска Программы | Раз в полгода (в рамках отчетов о ходе реализации Программы) и перед каждым приездом команды Всемирного банка, оказывающей поддержку в реализации, МЗ будет подавать данные о количестве новых пилотных проектов и ходе их реализации |

## 8.2. Механизм реализации рекомендованных действий.

По результатам ОЭСС рекомендуется, чтобы на национальном уровне за реализацию действий, рекомендованных отвечало подразделение, определяемое Минздравом. На региональном уровне оказывать поддержку в реализации рабочего плана программы будет ФОМС. Также рекомендуется по согласованию с Минздравом и ФОМС учредить комитет по координации УМО (в состав которого войдут представители ГИЭТБ и ГАООСЛХ), который будет воплощать в жизнь рекомендованные меры. Команда Банка совместно со своими опытными в плане управления медицинскими отходами партнерами (Банковская группа KfW, Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества и ВОЗ) помогут разработать годовую программу повышения потенциала для обучения сотрудников отобранных УПМСП и ФАП по вопросам борьбы с инфекциями, охраны труда и управления отходами. Координационный комитет будет вести мониторинг хода реализации рекомендованных мер и действий, предусмотренных в рабочем плане. В ходе реализации программы команда Банка будет оказывать постоянную техническую поддержку в реализации рекомендованных действий, предусмотренных в рабочем плане.

# 10. РАСКРЫТИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОЭСС И КОНСУЛЬТАЦИИ С ОБЩЕСТВЕННОСТЬЮ

ОЭСС составлена на основе консультаций с основными заинтересованными сторонами, отчетов об УМО, подготовленных двусторонними организациями и донорами, и данных, полученных от соответствующих государственных ведомств. Проект отчета о ОЭСС и содержащиеся в нем выводы (на английском и русском языках) были согласованы с основными заинтересованными сторонами. С этой целью проект ОЭСС (на английском и русском языках) был распространен среди ключевых заинтересованных сторон 21 января 2019 года, а 11 февраля 2019 года опубликован на веб-сайте Минздрава КР. В Бишкеке прошла встреча с большим количеством приглашённых участников, включая представителей органов государственного управления, гражданского общества, частного сектора, международных доноров, лечебных учреждений и представителями общественных организаций (протокол общественных консультаций приведен в Приложении 3). Основные отзывы, полученные в ходе общественных консультаций, включены в окончательный вариант ОЭСС. Основные аспекты общественных консультаций представлены в Приложении 1. Окончательный вариант ОЭСС размещен на веб-сайтах Министерства здравоохранения и Всемирного банка.

# Приложение. Результаты общественных консультаций

**Протокол консультаций с заинтересованными сторонами относительно проекта отчета по оценке экологической и социальной системам «Ориентированной на результат Программе здравоохранения в Кыргызской Республике»**

**Дата:** 15 февраля 2019г.

**Место проведения:** г. Бишкек, конференц зал в здании Министерства здравоохранения КР

**Цель:** Раскрыть содержание отчета ОЭСС и получить замечания и предложения от заинтересованных сторон, для того, чтобы помочь Заемщику (Кыргызской Республике) выработать правильный подход к оценке и решению экологических и социальных последствий реализации Программы.

**Участники:** Представители Всемирного Банка, Министерства здравоохранения, Фонда Обязательного Медицинского Страхования, Государственной инспекции по экологической и технической безопасности при ПКР, Государственного агентства охраны окружающей среды и лесного хозяйства при ПКР, международных организаций, научных и общественных организаций, лечебных учреждений (список прилагается).

**Комментарии, выступления.**

Презентация во время общественных консультаций была сделана представителем Всемирного Банка. Документ для обсуждения подготовлен на основе консультаций с основными заинтересованными сторонами, отчетов об УМО, подготовленных участниками проектов и донорами, и анализа данных, полученных от соответствующих государственных ведомств.

Была дана информация о существующих экологических рисках в системе здравоохранения, таких как: 1) Профессиональные риски для медицинского персонала при оказании медицинской помощи на дому; 2) риск при оказании медицинской помощи в амбулаторных учреждениях, стационарных учреждениях, скорой медицинской помощи, мед. пунктах учебных учреждениий; 3) риски в случае нарушений в системе инфекционно-эпидемиологической безопасности при передаче инфекции воздушно - капельным путем, либо через медицинские инструменты; 4) риски, возникающие в результате нарушений правил управления медицинскими отходами.

Также были представлены краткие итоги проведенной оценки экологической и социальной систем и выявлено, что: 1) законодательная база и система государственного контроля в Кыргызстане в области здравоохранения, в секторе первичной медико-санитарной помощи очень хорошо развита, но при этом правоприменение, особенно в отношении частного сектора, не до конца развито и не до конца понятно. Вследствие этого частный сектор находится вне тщательного государственного контроля; 2) существует высокая образовательная база и хорошие профессиональные навыки, в том числе и по УМО, но определенные недостатки есть именно в области ПМСП, особенно в отдаленных районах; 3) существует недостаток финансовых средств для покрытия существующих проблем. 4) существуют несколько структур в КР, которые взаимодействуют в области инфекционного контроля и в области УМО, но это взаимодействие недостаточно налажено. Вследствие чего отмечается слабая координация, особенно на межсекторальном уровне. 5) система учета МО существует только в отдельных учреждениях, нет соответствующей статистики на государственном уровне.

В ходе презентации, также была затронута тема химических и фармацевтических отходов, а также опасных бытовых отходов (элементов питания, ртутьсодержащих материалов), в этой области существует значительная проблема утилизации, нехватки необходимого оборудования и материалов, особенно для обезораживания, инфекционного контроля и т.д.

Было озвучено также, что существует низкий уровень контроля за соблюдением довольно хорошо разработанных клинических руководств / протоколов.

И в заключение презентации были озвучены основные действия, для решения основных экологических и социальных проблем: 1) обзор и обновление законодательства, секторальных стандартов и политики; 2) развитие и укрепление информационной базы; 3) разработка и проведение обучения; 4) отработка моделей УМО.

Докладчик поблагодарил все заинтересованные стороны за предоставленные замечания / комментарии к отчету Всемирного банка и сказал, что они будут приняты, так как являются правильными и есть смысл их подчеркнуть.

Особенно необходимо выделить комментарий по поводу проблемы сжигания мусора, при том, что законом Кыргызской Республики это запрещено, однако практика сжигания мусора существует во многих ФАПах несмотря на запреты. В следствие этого, необходимо создать условия / возможности, чтобы люди, работающие в этой области, не были вынуждены нарушать законодательство Кыргызской Республики. Также докладчик отметил, что в последнее время в СМИ поднимается вопрос о том, что врачи и медицинский персонал не должны заниматься сбором МО и это правильно. Однако , для того чтобы освободить мед. персонал от технических работ по сбору и транспортировке МО, у Программы недостаточно возможностей для решения этой задачи, хотя в рамках предполагаемых моделей по сбору МО такие предложения можно учесть..

**Директор ДПЗиГСЭН МЗ КР – г-н Исаков** поблагодарил за интересную презентацию и подтвердил факт того, что было выявлено во время оценки, что существует большая проблема управления и транспортировки МО, которая особенно обсуждается в Жогорку Кенеше. И отсутствует необходимое дополнительное финансирование на УМО, а также г-н Исаков выразил обеспокоенность по поводу того, что на практике отсутствует хорошая координация и взаимодействие между медицинскими и экологическими учреждениями по этому вопросу. Г-н Исаков сказал, что соответственно необходимо разработать и утвердить план межведоственных мероприятий. На что докладчик дал комментарий о том, что одним из возможных предложений может быть здесь привлечение ФОМС во взаимодействие наряду с Минздравом и экологическими учреждениями. Возможно прописав отдельными строками в бюджете ФОМС расходы на финансирование УМО.

**Главный специалист УОЗ МЗ КР – Исмаилова Бактыгуль** сказала, что на сегодняшний день незатронутой и непроработанной является система управления и утилизации химических и опасных отходов, на что необходимо обратить особое внимание при отработке моделей УМО.

**Начальник Управления экологической безопасности (**Государственная инспекция по экологической и технической безопасности при ПКР**) - Максат Омуров** выразилблагодарностьза содержательную и информативную презентацию, также подчеркнул свою обеспокоенность по вопросу управления, транспортировки и утилизации МО. Г-н Омуров сказал, что на сегодняшний день на территории КР существует более 320 свалок и полигонов МО и они не оборудованны надлежащим образом и не отвечают ни экологическим ни санитарным нормам. Также существует проблема разделения отходов на первичном уровне, которая производится примитивным способом. Отсутствует национальная инфраструктура по даже временному обезораживанию и безопасному содержанию химических отходов, в следствие этого нет возможности обезопасить население от угроз здоровью. Поэтому, г-н Омуров попросил учесть эти актуальные вопросы, при составлении плана действий по предстоящей Программе.

**Токтобаев Нуржан – Координатор Проекта «Управление медицинскими отходами и инфекционным контролем», Международный Комитет Красного Креста** подчеркнул, что хотелось бы чтобы в рамках предстоящей Программы были освещены вопросы переработки пластика (системы, зонды и т.д.), который сейчас не перерабатывается, а просто выбрасывается и сжигается. В следствие этого выделяются стойкие органические загрязнители. Второй момент это переработка стеклянной тары, в мире существуют разные технологии переработки, которые должны быть внедрены в практику в КР, так как существуют частные компании, которые готовы заниматься переработкой в КР, но им необходимо знать эти технологии. И третий момент это фармацевтические отходы, Департамент лекарственного обеспечения разрабатывает законопроект в сфере обращения лекарственных средств, в который можно будет включить вопросы управления фарм отходами.

Также во время дискуссии обсуждался вопрос мониторинга состояния здоровья населения и работников МО , так как ранее этому вопросу не уделялось достаточное внимание. Было бы полезно более глубоко осветить этот вопрос в Принципе №3 отчета “Безопасность населения и безопасность работников медицинских уч-ий и снижение потенциальных рисков”. Существует постановление 225 Правительства КР, которое обязывает проводить медицинский конторль за состоянием здоровья работников любых отраслей (есть перечень). Но к сожалению исследования показали, что вопрос мониторинга здоровья фактически не рассматривается. И даже если анализы (к примеру анализ урины на содержание ртути или свинца) проводятся, для подтверждения диагноза нужно отправлять пробы за границу. Поэтому необходимо обратить внимание Программы на вопрос мониторинга здоровья, хотя бы заложить основы, чтобы мы могли говорить о правильном подходе к вопросу обработки химических отходов. Также нужно увеличивать потенциал медицинских сотрудников, работающих с рядом химических, токсических веществ (биохимические лаборатории, клинико-диагностические и санитарно-эпидемиологические лаборатории и т.д.) на всех уровнях.

**Председатель ассоциации стоматологов КР – г-н Калбаев**, также поднял вопрос утилизации отходов, только по городу Бишкек насчитывается более 200 частных стоматологических клиник и соответственно накапливается огромное количество отходов, которое некуда девать. Г-н Алексей Кравцов – представитель НПО “Профессиональная Медицина” прокоментировал сказав, что проблема состоит в том, что государственные учреждения не могут брать у частных клиник отходы, потому что нет четко утвержденных тарифов.

Один из участников высказал мнение о том, что нужно решить проблему окончательной утилизации / уничтожения МО, не нужно отдавать на перерабоку, захоранение, сдавать или собирать отходы, так как растет количество полигонов и свалок и соответственно встает остро вопрос нехватки земель под захоранения отходов. Решением здесь может быть возможность приобретения в рамках предстоящей Программы специального оборудования, которое обеспечивает полное уничтожение отходов с минимальным выбросом вредных веществ во время процесса уничтожения.

Другой участник затронул вопрос очистки сточных вод. Если в крупных городах и городах областного значения Кыргызстана есть централизованная канализация и слабо но работают городские, муниципальные очистные сооружения, то в отдаленных районах эта проблема никак не решается, отсутствуют даже локальные очистные сооружения, механическая и биологическая очистка.

Однако г-н Куст объяснил, что хоть он и все присутствующие понимают, что проблем в секторе здравоохранения очень много. Проблема управления МО не является прямой задачей этой Программы, у нее есть свои специфические задачи: поддержка материнства (беременных женщин, диабет, кардиология и т.д.). **Медер Исмаилов - Начальник УСПиРП** пояснил, что первой и основной задачей Программы является развитие ПМСП (качество оказания мед. помощи, вопросы стратегических закупок и услуг, программа доп. пакета, программа гос. гарантий, и вопросы управления качеством по мониторированию и оказанию ПМСП). Вопросы которые были озвучены сегодня, эти вопросы касаются раздела “Общественного здоровья” над которым нужно работать. Возможно эти вопросы будут решаться в рамках улучшения качества оказания ПМСП.

**Заключение**.

В заключение общественных консультаций с заинтересованными сторонами, г-н Исмаилов поблагодарил докладчика за интересную и информативную презентацию, а также участников за активную позицию во время дискуссии. Дискуссия затронула многие аспекты здравоохранения, вопросы межсекторального взаимодействия различных органов, бизнеса, частного сектора, вопросы общественного здравоохранения, экологии и окружающей среды. Как раз в стратегии здравоохранения 2030 эти вопросы являются приоритетными, подчеркнул г-н Исмаилов. Г-н Исмаилов также сказал, что как известно участникам, если намечается грантовая помощь со стороны донорских организаций в страну, по разным секторам, то любой проект должен проходить социально – экологическую экспертизу и возможно участники данных общественных консультаций, в качестве рабочей группы будут в будущем задействованы в проведении такого рода экспертизы. А это в свою очередь возможность влиять на глобальном уровне тоже. Так как к примеру во время консультаций, участники говорили о медицинских отходах, а потом эта проблема поднялась более выше, в процессе обсуждения речь зашла о бытовых отходах.

По результатам дискуссии участники ***рекомендовали принять представленный Всемирным Банком документ проекта отчета по оценке экологической и социальной системам,*** с рекомендациями незначительной доработки в соответствии с комментариями и предложениями, высказанными во время дискуссии и переданным во Всемирный Банк в письменном виде.

***Список участников***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Министерство здравоохранения Кыргызской Республики** | | |
| 1 | Исмаилов М.А. | Начальник Управления Стратегического Планирования и Реализации Программ |
| 2 | Акматова А.Б. | Начальник Управления Общественного Здравоохранения |
| 3 | Ибраева Г.А. | Заведующая общим отделом, Управление  Человеческими Ресурсами и Организационной Работы |
| 4 | Турусбекова Ф.С. | Заведующая, Общественная приемная |
| 5 | Исмаилова Б.А. | Главный специалист, Управление Общественного Здравоохранения |
| 6 | Долонбаева З.А. | Главный специалист Управления Стратегического Планирования и Реализации Программ |
| 7 | Бейшебаева К.М. | Главный специалист Управления Стратегического Планирования и Реализации Программ |
| 8 | Кожоназарова Ж.А. | Ведущий специалист Управления Стратегического Планирования и Реализации Программ |
| 9 | Исаков Т.Б. | Директор Департамента Профилактики Заболеваний и Государственного Санитарно-Эпидемиологического Надзора |
| 10 | Касымов О.Т. | Директор Научно-Производственного Объединения “Профилактическая Медицина” |
| 11 | Айтмурзаева Г.Т. | Директор Республиканский Центр Укрепления Здоровья |
| 12 | Ишенапысова Г.С. | Директор Республиканский Центр Иммунопрофилактики |
| 13 | Чокморова У.Ж. | Директор Республиканского Центра СПИД |
| 14 | Абдикаримов С.Т. | Директор Республиканского Центр**а** Карантинных и Особо Опасных Инфекций |
| 15 | Кравцов А.А. | Руководитель Научно-Производственного Объединения “Профилактическая Медицина” |
| 16 | Алтымышева Н.А. | Зав. кафедрой Кыргызский Государственный Институт Медицинской Переподготовки и Повышения Квалификации |
| 17 | Жороев А.А. | Начальник Управления Профилактики Инфекционных Заболеваний |
| 18 | Арыкбаева Б.К. | Начальник Управления Профилактики Неинфекционных Заболеваний |
| 19 | Соронбаева Н. | Научный сотрудник Научно-Производственного Объединения “Профилактическая Медицина” |
| 20 | Байызбекова Ж.А. | Заместитель директора Научно-Производственного Объединения “Профилактическая Медицина” |
| 21 | Усенбаев Н.Т. | Заместитель директора Республиканского Центр**а** Карантинных и Особо Опасных Инфекций |
| 22 | Усупова Ж.Э. | Заместитель директора Республиканского Центра Управления Здоровья |
| 23 | Бейшеналиева А. | Заведующая отделом Бишкекского Центра Государственного Санитарно Эпидемиологического Надзора |
| 24 | Исакова И.М. | Зав. орготделом Республиканского Центра СПИД |
| 25 | Ибраева С.Б. | Зав. лабораторией Центр**а** Карантинных и Особо Опасных Инфекций |
| 26 | Сырыева Г.А. | Санитарный врач Центр**а** Карантинных и Особо Опасных Инфекций |
| 27 | Суваналиева Ш.М. | Ведущий специалист, Управление Общественного Здравоохранения |
| 28 | Адылбаева В.А. | Консультант |
| **Сектор Первичной Медико-Санитарной Помощи** | | |
| 29 | Мукеева С.Т. | Председатель Ассоциации Группы Семейных Врачей |
| 30 | Айтекова А. | Зам. директора Чуйского Центра Семейной Медицины |
| **Общественные организации** | | |
| 31 | Калбаев А.А. | Председатель Ассоциации стоматологов КР |
| 32 | Джемуратов К.А. | Председатель Ассоциации больниц |
| **ФОМС** | | |
| 33 | Жанузакова Н.Э. | Начальник Управление Стратегии Анализа Качества Мед. Услуг |
| 34 | Азизбекова Ж.А. | Начальник Управление Реализации Программ Медицинского Страхования |
| 35 | Борчубаева Г.Ш. | Начальник Управление Бюджетного Планирования |
| **Международный Комитет Красного Креста** | | |
| 36 | Нуржан Токтобаев | Координатор Проекта «Управление медицинскими отходами и инфекционным контролем» |
| **Государственная инспекция по экологической и технической безопасности при ПКР** | | |
| 37 | Омуров М.Б. | Начальник Управления экологической безопасности |
| **Государственное агентство охраны окружающей среды и лесного хозяйства при ПКР** | | |
| 38 | Толонгутов Б.М. | Директор центра государственного регулирования в сфере охраны окружающей среды и экологической безопасности |
| **Всемирный Банк** | | |
| 39 | Асель Саргалдакова | Главный специалист здравоохранения |
| 40 | Герман Куст | Специалист по охране окружающей среды |
| 41 | Мээрим Сагынбаева | Ассистент проекта |

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Лица и организации, с которыми были проведены встречи и интервью в ходе подготовки отчета о ОЭСС

Министерство здравоозранения (МЗ):

Медер Исмаилов, начальник управления координации внедрения реформ

Гулнара Сариева, специалист, отвечающий за контроль за загрязнениями, департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Бактыгуль Токталиева, специалист, отвечающий за контроль за загрязнениями, департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС):

Калиман Маматова, первый заместитель председателя

и ее коллеги из управления стратегии, анализа и качества медицинских услуг (2 специалиста)

Государственное агентство защиты окружающей среды и лесного хозяйства:

Батырбек Садыбакасович Сакиев, начальник управления экологического лицензирования

Насира Абдулдасова, начальник управления государственной экологической экспертизы

Государственная инспекция по экологической и технической безопасности при Правительстве Кыргызской Республики

Талантбек Айсоракунович Борочов, начальник управления экологической безопасности

Садыр Зарылбекович Айдашбаев, главный специалист управления по ядерной и радиационной безопасности

Байыш Сагынбеков, специалист управления по международному сотрудничеству

Швейцарский проект Управление медицинскими отходами при Швейцарском Красном кресте:

Нуржан Токтобаев, руководитель

Научно-производственная ассоциация «Профилактическая медицина»:

Алексей Кравцов, начальник департамента общественного здравоохранения и его команда (1 специалист)

Ассоциация врачей Кыргызской Республики

Суюмжан Токторовна, руководитель

Ассоциация акушеров-гинекологов

Арсен Аскеров, руководитель

Всемирный банк:

Асель Саргалдакова, старший специалист по вопросам здравоохранения, представительство в КР

Проект ПРООН-ГЭФ «Охрана здоровья людей и окружающей среды от непреднамеренных выбросов СОЗ и ртути в результате ненадлежащего обращения с медицинскими отходами в Кыргызстане»:

Жылдыз Узакбаева, координатор проекта

Кумар Кылычев, советник по вопросам окружающей среды, энергетики, изменения климата и управления рисками стихийных бедствий

Бишкекская детская больница №3

Гулнара Аскарбекова, и.о. директора, и ее команда, отвечающая за управление медицинскими отходами (2 специалиста)

Сокулукская районная больница

Совет Маратбекович, директор,

И его команда, отвечающая за управление медицинскими отходами (4 специалиста)

\*ФАП в селе Ставрополовка [[46]](#footnote-46) Жайыльского района Кара-Суйского АА Чуйской области

Н. Жененбаева, глава Кара-Суйского АА

Ч. Шакирова, главный врач ФАП

\*ФАП в Акчы АА Кара-Бууринского района Таласской области

Белек Анарбеков, староста села

Нургуль Орозумбетова, главный врач ФАП

Нурбек Назаралиев, заместитель главы АА

\* ФАП в селе Байгоночок, Унут АО, Нарынская область

Нурлан Манкадыров, староста села

Нуржамал Жапаркулова, фельдшер ФАП

\* ФАП в селе Куйбышев, Минбулак АО, Нарынская область

Кенжегуль Бектемирова, член сельской группы (+2 фельдшера и медсестры)

\* ФАП в селе Кудургу Иссык-Кульской области

Сауле Бегалиева, ответственный секретарь АО

Нургазы кызы Альбина, руководитель ФАП

В. Кусеев, санитар

\* ФАП в селе Карасаев Иссык-Кульской области

Турдубек Чымыров, представитель АА

Анара Болотова, член ADC

Лена Маматкулова, медсестра ФАП

Надира Токоева, медсестра ФАП

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Использованная литература

Общая оценка Кыргызской Республики. ООН. Грациэлла Пига, Томислав Новович и Роман Могилевский. Сентябрь 2016.

Гендерная оценка страны: Кыргызская Республика. Азиатский банк развития. Декабрь 2005.

Внешняя оценка управления медицинскими отходами в больницах Кыргызской Республики. Программа инфекционного контроля (ИК) в родильных отделениях и рекомендации по ее внедрению в остальных больницах Кыргызстана. Отчет об оценке. Батырбек Асланом, Северо-Западный государственный медицинский университет им. Мечникова, Санк-Петербург, Россия, 109 июля 2013 г. 27 стр.

Управление медицинскими отходами в Кыргызской Республике. 14 октября 2013. Внешняя оценка проекта. Джордж Эммануэль, доктор наук, Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству, 68 стр.

Проект по управлению медицинскими отходами. Финансирование – SDC; реализация – SRC. Промежуточная оценка. Профилактика и управление внутрибольничными инфекциями в организациях здравоохранения Кыргызской Республики. Апрель 2017-март 2019ю Июнь 2016. 27 стр.

Нуржан Токтобаев, Джордж Эммануэль, Гульмира Джумалиева, Алексей Кравцоф и Тобиас шут. Инновационная национальная система управления медицинскими отходами в Кыргызстане. Waste Management & Research. 2015, Том 33(2) 130–138

В Кыргызстане завершился проект по утилизации медицинских отходов. 17 октября 2013 <https://vb.kaktus.media/doc/247673_v_kyrgyzstane_zavershilsia_proekt_po_ytilizacii_medicinskih_othodov.html>

Временная инструкция по обращению с медицинскими отходами на территории Кыргызской Республики. Временные правила работы с ртутьсодержащими изделиями медицинского назначения. Утверждены постановлением Правительства Кыргызской Республики от 15 февраля 2018 года № 94

Закон КР Технический регламент «О безопасности питьевой воды».

Законы Кыргызской Республики, регулирующие деятельность в области здравоохранения. <http://www.med.kg/ru/dok/zakony.html>

Итоги деятельности организаций здравоохранения республики за 2016 год и задачах на 2017 год.

Итоги деятельности организаций здравоохранения республики за 2017 год и задачах на 2018 год

Круглый стол по пересмотру и утверждению учебных программ по инфекционному контролю в высших и средних учебных заведениях в рамках проекта ЮНЭЙДС. 18.05.2018 г., Бишкек.

Кыргызстан сегодня. Telegram канал KyrgyzToday. ФАПы получили оборудование для безопасной утилизации медицинских отходов 27 Сентябрь 2017.

Kyrgyzstan Health System Review. Ainura Ibraimova, Baktygul Akkazieva, Aibek Ibraimov, Elina Manzhieva, and Bernd Rechel. European Observatory on Health Systems and Policies. Vol. 13, No. 3, 2011.

Материалы конференции – «Актуальные проблемы инфекционных и неинфекционных заболеваний на Евро-Азиатском пространстве в новых условиях общественного здравоохранения». 26 июня 2018. г.Бишкек.

Национальный Стратегический Проект Кыргызстана по урегулированию медицинских отходов на 2020 год.

Положение о Министерстве здравоохранения http://www.med.kg/ru/

Положение о фонде обязательного медицинского страхования КР.

Постановление Правительства КР от 15 февраля 2018 года №94 О вопросах по обращению с медицинскими отходами и работе с ртутьсодержащими изделиями в организациях здравоохранения Кыргызской Республики.

Постановление Правительства КР от 30 июня 2016 г. №359. Инвестиционная Программа в сфере здравоохранения на 2016-2025 годы.

Пояснительная записка для санитарных машин для сбора и транспортировки медицинских отходов, образуемых в организациях здравоохранения, расположенных на территории г. Бишкек и г. Ош.

Правильная утилизация медицинских отходов – основа экологической безопасности Опубликовано: 10 Июля 2017 г. Координационный совет партнеров по развитию в КР. <http://www.donors.kg/ru/3668-pravilnaya-utilizatsiya-meditsinskikh-otkhodov-osnova-ekologicheskoj-bezopasnosti#.W-hSEqBzDnE>

Приказ Минздрава № 59 от 18.02.2013. Об усовершенствовании безопасной системы управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения КР.

Приказы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, регулирующие деятельность в области здравоохранения. <http://www.med.kg/ru/dok/prikazy.html>

Программа по внедрению системы управления медицинскими отходами в организациях здравоохранения г. Бишкек и г. Ош.

Распоряжение Правительства КР от 30 июня 2016г №300. План мероприятий по совершенствованию системы здравоохранения на 2016-2018годы.

Результаты проекта ПРООН-ГЭФ через призму гендерных вопросов. проект ПРООН-ГЭФ «Охрана здоровья людей и окружающей среды от непреднамеренных выбросов СОЗ и ртути в результате ненадлежащего обращения медицинскими отходами в Кыргызстане».

Руководство по мониторингу и оценке инфекционного контроля в организациях здравоохранения (стационарного и амбулаторного типа). Бишкек – 2016

Слово Кыргызстана. Общенациональная газета. К медицинским отходам — особый подход. <http://slovo.kg/?p=93929>

Службы общественного здравоохранения Кыргызстана. Обзор и анализ деятельности служб общественного здравоохранения. Технический отчет. 31 август 2011. Бишкек. Министерство здравоохранения КР.

Стандартные операционные процедуры при обращении со шприцами в пунктах обмена шприцев. Минздрав КР

Стандартные операционные процедуры по организации работы с медицинскими отходами в клинических отделениях организаций здравоохранения Минздрав КР.

Стандартные операционные процедуры при аварийных ситуациях при обращении с медицинскими отходами. Минздрав КР

Стандартные операционные процедуры при транспортировке медицинских отходов вне пределов организации здравоохранения. Минздрав КР.

Стандартные операционные процедуры при автоклавировании медицинских отходов. Минздрав КР.

Управление медицинскими отходами в больницах Кыргызстана. Посольство Швейцарии в Кыргызской Республике. <https://www.eda.admin.ch/dam/countries/countries-content/kyrgyzstan/ru/Healthcare-waste-management_RU.PDF>

Управление медицинскими отходами в Кыргызской Республике. Инновационная малобюджетная система. Авторы: Тобиас Шют, Нуржан Токтобаев, Гульмира Джумалиева, Алексей Кравцов, Хорхе Эммануель. Проект действия сообществ по вопросам здоровья, финансируемый Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству, внедряемый Швейцарским Красным Крестом. Бишкек 2014.

Экология Кыргызстана: воздух чище, токсинов меньше. 27 июля 2018. <http://www.med.kg/ru/776-ekologiya-kyrgyzstana-vozdukh-chishche-toksinov-menshe.html>

Экономика. В Кыргызстане реализуют проект улучшения практики утилизации медицинских отходов. 17 мая 2018. <http://ru.ekk.kg/v-kyirgyizstane-realizuyut-proekt-uluchsheniya-praktiki-utilizatsii-meditsinskih-othodov/>

Национальный диалог о социальной защите: минимальные национальные нормы социальной защиты. Марико Уочи, Артем Сичи, Валерия Нестеренко и Клара Ван Панхьюс. Международная организация труда. 2017.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Национальные подзаконные акты, приказы, руководства и положения

***Комплексная система национальных подзаконных актов, приказов, руководств и положений*** регулирует:

Обращение с отходами:

• Положение о порядке уничтожения (переработки) продукции (товаров), считающейся непригодной для продажи,

• Классификация опасных отходов,

• Порядок обращения с опасными отходами на территории Кыргызской Республики,

• Рекомендации по обращению с муниципальными отходами,

Общие вопросы охраны окружающей среды:

• Положение о порядке проведения государственной экологической экспертизы,

• Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-защитные зоны и санитарная классификация предприятий, сооружений и иных объектов»,

• Санитарные правила и нормативы «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки»,

• Положение о порядке проведения оценки воздействия на окружающую среду,

• Порядок составления экологического паспорта для объектов хозяйственной и иной деятельности,• Положение о государственном контроле за охраной окружающей среды, рациональным использованием природных ресурсов и обеспечением экологической безопасности Кыргызской Республики,

• Правила ветеринарного зонирования территории Кыргызской Республики по заразным болезням животных,

• Гигиенические нормативы «Ориентировочные безопасные уровни воздействия загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест»

• Гигиенические нормативы «Предельно допустимые концентрации загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест»;

•Гигиенические нормативы «Ориентировочные допустимые уровни химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»;

• Гигиенические нормативы «Предельно допустимые концентрации и ориентировочно допустимые количества химических веществ в почве».

Использование химикатов:

• Положение о системе классификации опасностей химических веществ/смесей и требованиях к элементам информирования об опасности: маркировке и паспорту безопасности,

• Инструкция о порядке приобретения, сбыта, хранения, учета и перевозки сильнодействующих ядовитых веществ,

• Утверждение Программы Правительства Кыргызской Республики по внедрению Международной системы классификации опасности и маркировки химических веществ в Кыргызской Республике и Плана действий по ее реализации на 2015-2017 годы,

• Список химических веществ и пестицидов, использование которых запрещено или строго ограничено.

Кроме того, существует несколько ***нормативных правовых актов, опирающихся на международные соглашения:***

Евразийский экономический союз:

• О безопасности химических продуктов,

• О безопасности упаковки,

• О безопасности парфюмерии и косметики,

• О безопасности средств индивидуальной защиты.

Совет по сотрудничеству в области здравоохранения Содружества Независимых Государств:

I. *Общая гигиена:*

* Санитарные правила и нормативы «Гигиенические требования к производству, качеству и безопасности средств гигиены полости рта» (СанПиН 1.2.676-97, Россия).

II. *Коммунальная гигиена*:

* «Санитарно-эпидемиологические требования к системам централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения и водопроводов питьевого назначения»  ППКР 68 от 31.01.18г.
* Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к зонам санитарной охраны источников водоснабжения и водопроводов хозяйственно-питьевого назначения» ППКР 68 от 31.01.18г.
* Гигиенические нормативы «Предельно допустимые концентрации химических веществ в воде водных объектов хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования»; ППКР 201 от 11.04.2016г. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к обеззараживанию питьевой воды методом ультрафиолетового излучения» ППКР 25 от 28.01.19г.
* Методические указания «Санитарно-эпидемиологический надзор за обеззараживанием сточных вод ультрафиолетовым излучением» (МУ 2.1.5.732-99, Россия),
* Методические указания «Определение концентраций химических веществ в воде централизованных систем питьевого водоснабжения» (МУ 4.1.737-99-4.1.754-99, сборник, выпуск №2, Россия),
* Санитарные правила и нормативы «Правила сбора, хранения и утилизации отходов лечебно-профилактических учреждений» (СанПиН 2.1.7.728-99, Россия),
* Об утверждении Правил охраны поверхностных вод Кыргызской Республики ППКР 128 от 14.03.16г.«Об утверждении Положения об охране подземных вод в Кыргызской Республике» ППКР от 2 марта 2015 года № 92, Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к источникам нецентрализованного питьевого водоснабжения населения» ППКР 68 от 31.01.18г.
* Порядок обращения с отходами производства и потребления в Кыргызской Республике ППКР от 5.08. 2015 года № 559
* Методические указания «Сбор, транспортировка, захоронение асбестосодержащих отходов» (МУ 2.1.7.1183-03, Россия).

III. *Гигиена труда:*

* Гигиенические нормативы «Перечень веществ, продуктов, производственных процессов, бытовых и природных факторов, канцерогенных для человека» (ГН 1.1.029-95, Россия),
* Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к организации работы на персональных электронно-вычислительных машинах» ППКР 201 от 11.04.16г.
* Санитарные правила и нормативы «Гигиенические требования к условиям труда женщин» (СанПиН 2.2.0.555-96, Россия),
* Методические указания «Гигиенические критерии оценки и классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» (МУ 2.2.755-99, Россия) \*,
* Санитарные правила и нормативы «Работа с асбестом и асбестосодержащими материалами» (СанПиН 2.2.3.757-99, Россия),
* Методические указания «Измерение концентрации вредных веществ в воздухе рабочей зоны. Сборник МУК 4.1.100-96-МУК 4.1.197-96, выпуск №29», (Россия),
* Методические указания «Гигиеническое нормирование лекарственных средств в воздухе рабочей зоны, атмосферном воздухе населенных мест и воде водных объектов» (МУ 1.2.726-98, Россия),
* Гигиенические нормативы «Предельно допустимые концентрации (ПДК) микроорганизмов-продуцентов, бактериальных препаратов и их компонентов в воздухе рабочей зоны» (ГН 2.2.6.709-98).

IV. *Гигиена труда и коммунальная гигиена:*

* Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы «Санитарно-эпидемиологические требования к лечебно-профилактическим организациям» ППКР 201 от 11.04.16г.
* Санитарные правила и нормативы «Шум на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки»
* Санитарные нормы «Гигиенические нормативы инфразвука на рабочих местах, в помещениях жилых, общественных зданий и на территории жилой застройки» (СН 2.2.4/2.1.8.583-96, Россия),
* Санитарные нормы «Допустимые уровни вибрации на рабочих местах, в помещениях жилых и общественных зданий» (СН 2.2.4.2.1.8.566-96, Россия),
* Санитарные правила и гигиенические нормативы «Санитарные правила и нормативы для предприятий по производству лекарственных препаратов” (Республика Беларусь),
* Методические указания «Определение химических соединений в биологических средах» (сборник МУК 4.1.763-4.1.779-99, Россия).

V. *Радиационная гигиена:*

* Санитарные правила «Санитарные правила обращения с радиоактивными отходами (СПОРО-2001)» (СП 2.6.1.1016-01, Россия),
* Санитарные правила «Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99)» (СП 2.6.1.799-99, Россия),
* Санитарные правила и стандарты «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований» (СанПиН 2.6.1.1192-03, Россия),
* Методические указания «Контроль эффективных доз облучения пациентов при проведении медицинских рентгенологических исследований» (МУК 2.6.1.760-99, Россия).

VI. *Гигиена питания:*

* Методические указания по методам контроля «Применение метода отпечатков на «Бактотесты» при санитарно-бактериологическом контроле на предприятиях общественного питания, торговли пищевыми продуктами, в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях (МУ 4.2.26-694, Россия),
* Методические указания «Гигиеническая оценка сроков годности и условий хранения пищевых продуктов» (МУ 4.2.727-99, Россия).

VII. *Гигиена детей и подростков:*

* Санитарные правила «Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима в оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием детей в период каникул» (СП 2.4.4.969-00, Россия).

VIII. *Эпидемиология:*

* Санитарные правила «Производство и контроль медицинских иммунобиологических препаратов для обеспечения их качества» (СП 3.3.2.015-94, Россия),
* Санитарные правила «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных. Общие положения» (СП 3.1.084-96, ВП 13.3.4.1100-96, Россия),
* Санитарные правила профилактики и борьбы с отдельными эпидемиологическими заболеваниями: «Бруцеллез» (СП 3.1.085-96, ВП 13.3.1302-96, Россия). «Сальмонеллез» (СП 3.1.086-96, ВП 13.4.1318-96, Россия). «Кампилбактериоз» (СП 3.1.087-96, ВП 13.4.1307-96, Россия). «Листериоз» (СП 3.1.088-96, ВП 13.4.1311-96, Россия). «Чума» (СП 3.1.090-96, Россия)\*. «Лептоспироз » (СП 3.1.091-96, ВП 13.3.1310-96, Россия). «Орнитоз» (СП 3.1.092-96, ВП 13.4.1211-96, Россия). «Туберкулез» (СП 3.1.093-96, Россия)\*. «Сибирская язва» (СП 3.1.089-96, ВП 13.3 .1320-96). «Иерсиниоз» (-СП 3.1. 094-96, ВП 13.3.1318-96, Россия). «Коксиеллез (лихорадка КУ)» (СП 3.1.095-96, ВП 13.3.1221-96, Россия). «Бешенство» (СП 3.1.096-96, ВП 13.3.1103-96, Россия). «Туляремия» (СП 3.1.097-96, Россия);
* Санитарные правила «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний» (СП 3.1/3.2.558-96, Россия),
* Санитарные правила «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов 1-IV групп патогенности» (СП 1.2.036-95, Россия),
* Санитарные правила «Организация и проведение дератизационных мероприятий» (СП 3.5.3.554-96, Россия),
* Санитарные правила «Гигиенические требования к учреждениям, организациям, предприятиям и лицам, занимающимся дезинфекционной деятельностью» (СП 3.5.675-96, Россия),
* Методические указания «Сертификация медицинских иммунобиологических препаратов» (МУ 3.3.2.684-98, Россия),
* Санитарно-эпидемиологические правила «Безопасность работы с микроорганизмами III-IV групп патогенности и гельминтов». (СП 1.2.731-99, Россия),
* Методические указания «Сбор, учет и подготовка к лабораторному исследованию кровососущих членистоногих - переносчиков возбудителей природно-очаговых инфекций» (МУ 3.1.1027-01, Россия),
* Методические указания «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, малярией и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение» (МУ 3.4.1028-01, Россия);
* Методические указания «Микробиологический мониторинг рабочей среды» (МУК 4.2.734-99, Россия),
* Методические указания «Технология обработки белья в медицинских учреждениях» (МУ 3.5.736-99, Россия),
* Санитарные правила «Условия транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов» (СП 3.3.2.1248-03),
* Санитарные правила «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита» (СП 3.1.2.1176-02, Россия),
* Методические указания «Эпидемический надзор за корью, краснухой и эпидемическим паротитом» (МУ 3.1.2.1177-02, Россия).

Перечень нормативно-правовых актов, принятых в рамках ЕАЭС - Технические регламенты ЕАЭК и СанПиНы - утверждены Постановлением Правительства КР №201 от 16.04 2016г.,

***Кроме того, гигиенические нормы, подробно определенные на республиканском уровне*** с указанием норм предельно допустимых концентраций, разрабатываются и применяются для различных объектов в отношении загрязнения основных сред жизнеобеспечения: воздуха, воды и почвы.

Многие ***Стандарты предоставления государственных услуг***, разработанные органами здравоохранения Кыргызской Республики, регулируют систему здравоохранения и инфекционного контроля, в частности:

* Проведение профилактических прививок,
* Предоставление консультативной и диагностической помощи на амбулаторном уровне,
* Проведение лечебных мероприятий на амбулаторном уровне,
* Оказание неотложной медицинской помощи,
* Оказание медицинской помощи в стационарных условиях,
* Лечение в больницах,
* Медицинское обслуживание в специализированных больницах,
* Проведение дезинсекционных, дезинфекционных и дератизационных мероприятий,
* Сохранение трупов в холодильных камерах моргов патологоанатомических бюро или отделений организаций здравоохранения,
* Сохранение биологических отходов в холодильных камерах моргов патологоанатомических бюро или отделений организаций здравоохранения.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

### 5.1. Система и политика общественного здравоохранения

Ключевым стимулом в развитии системы общественного здравоохранения стал базовый Закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», принятый 24 июля 2009 года. Основными направлениями и задачами общественного здравоохранения, определенными этим Законом, являются: охрана общественного здоровья; формирование здорового образа жизни граждан в КР; профилактика инфекционных и актуальных неинфекционных заболеваний.

Одной из задач здравоохранения является профилактика заболеваний, связанных с неблагоприятным воздействием биофизических факторов на организм человека. Оценка экологических рисков проводится специалистами НПО «Профилактическая медицина», а также ГАООСЛХ.

В то же время, основными принципами государственной политики в области общественного здравоохранения являются:

* профилактическая направленность здравоохранения и формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни;
* создание условий для охраны и укрепления здоровья людей на основе равенства и доступности медицинских услуг;
* укрепление психического и физического здоровья, как фактора, повышающего качество жизни и уровень психосоматического благополучия всего населения;
* развитие общественного здравоохранения в соответствии с потребностями населения в области охраны и укрепления здоровья, обеспечение граждан объективной и достоверной информацией по вопросам профилактики заболеваний, охраны и укрепления здоровья;
* координация деятельности органов государственного управления в области общественного здравоохранения;
* сотрудничество и взаимодействие общественных и других организаций с активным участием населения в решении вопросов охраны и укрепления здоровья населения;
* ответственность государственных органов, органов местного самоуправления, юридических и физических лиц за состояние здоровья населения и качество оказываемых услуг в области общественного здравоохранения;
* ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья других людей;
* экономическая заинтересованность физических и юридических лиц в охране и укреплении здоровья населения; научная обоснованность профилактических мероприятий.

### 5.2. Санитарно-профилактическая помощь населению

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения зависит от здоровья населения и среды обитания человека. Ключевым стимулом для развития системы санитарно-профилактической помощи населению стал Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», принятый 9 января 2005 года. В соответствии со Статьей 27 (Санитарно-профилактическая помощь) данного Закона, к санитарно-профилактической помощи в Кыргызской Республике относятся: санитарно-гигиенический надзор; эпидемиологический надзор; формирование здорового образа жизни. Санитарно-профилактическая помощь оказывается службами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, укрепления здоровья и организациями здравоохранения первичного уровня с целью защиты и укрепления здоровья населения. Санитарно-эпидемиологическое благополучие и общественное здоровье населения обеспечиваются комплексом мер, направленных на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, чрезвычайных природно-климатических явлений, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний и их ликвидацию, гигиеническое обучение и воспитание граждан, пропаганду здорового образа жизни и распространение гигиенических знаний среди населения, осуществляемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

5.3. **Регистрация и отчетность об инфекционных заболеваниях**

В настоящее время в КР действует система регистрации и отчетности об инфекционных заболеваниях, основанная на Законе об общественном здравоохранении. Система позволяет своевременно оценивать эпидемиологическую ситуацию и планировать меры по ее смягчению. Перечень подлежащих учету инфекционных и паразитарных заболеваний и «Инструкция по учету инфекционных, паразитарных болезней в Кыргызской Республике» были утверждены приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 26 ноября 2008 года.

В Инструкции описаны правила для медицинского персонала любого профиля, независимо от формы собственности организации здравоохранения, для уведомления о выявленных (или предполагаемых) инфекционных заболеваниях. В соответствии с этим приказом, в случае подозрения на инфекционное заболевание, медицинский работник, установивший диагноз инфекционного заболевания или подозрения на него, обязан в течение 24 часов подать экстренное извещение в установленной форме. При подозрении на особо опасное и карантинное заболевание медицинский работник немедленно подает экстренное извещение в территориальный центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в соответствии со схемой уведомления и оперативным планом действий. Получив экстренное извещение, эпидемиолог обязан изучить эпидемиологическую ситуацию и организовать соответствующие такому случаю профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Благодаря хорошо разработанной схеме оповещения о случаях заражения, вспышки инфекционных заболеваний в стране выявляются на ранней стадии, и противоэпидемические меры принимаются вовремя. Разработаны системы эпидемиологического надзора за более чем 40 инфекционными и двумя неинфекционными заболеваниями. В соответствии с международной статистической классификацией заболеваний, составлен перечень инфекционных заболеваний, подлежащих регистрации в центрах государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Надзор за инфекционными заболеваниями осуществляется районными центрами Государственного санитарно-эпидемиологического надзора, которые ежемесячно предоставляют сводную информацию об инфекционных и паразитарных заболеваниях в Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ. О любых подозрениях на карантинные и особо опасные заболевания сообщается немедленно. Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения и районная государственная санитарно-эпидемиологическая служба осуществляют мониторинг инфекционных заболеваний на ежедневной, еженедельной и ежемесячной основе. В соответствии с полученными данными проводится анализ, а также организуются и принимаются соответствующие профилактические и противоэпидемические меры. Даются рекомендации по снижению заболеваемости на местах.

С 2004 года в стране введена и действует компьютерная программа слежения за инфекционными заболеваниями (КСИЗ КР), которая обеспечивает возможность наблюдения за 38 инфекционными и 2 неинфекционными заболеваниями. Программа КСИЗ КР реализуется во всех районных центрах Государственной санитарно-эпидемиологической службы. Районные центры направляют ежемесячные отчеты в областные центры, после чего те объединяются на республиканском уровне. Данная программа КСИЗ КР позволяет проводить оценку по полу, месту жительства, возрасту, дате заболевания, диагнозу и способу госпитализации.

Кроме того, в стране действуют Санитарные нормы и правила (СНиП) для контроля качества воздуха, рабочих и жилых помещений, разработаны и утверждены нормы качества питьевой воды, технические регламенты по безопасности пищевых продуктов. Санитарно-эпидемиологический надзор имеет сеть районных лабораторий по всей стране, включая несколько лабораторий, аккредитованных по международным стандартам.

### 5.4. Контроль за санитарно-эпидемиологическим надзором

Контроль за санитарно-эпидемиологическим надзором постоянно совершенствуется и регулируется приказами Министерства здравоохранения. Достаточно перечислить ряд изданных с 2002 года приказов МЗ по различным аспектам санитарно-эпидемиологической безопасности:

* «Об эпидемиологическом надзоре за бруцеллезом в Кыргызской Республике»;
* «О профилактике ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике в условиях второго поколения эпидемиологического надзора»;
* «О мерах по предотвращению распространения инфекций, передающихся половым путем, кожных заболеваний и лепры»;
* «Усиление мер профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом»;
* «О порядке проведения лицензионной экспертизы частной медицинской практики и об аттестации. частнопрактикующих медицинских. работников в Кыргызской Республике»;
* «О дальнейшем улучшении лабораторной диагностики туберкулеза в Кыргызской Республике»;
* «Об утверждении Концепции развития лабораторной службы Кыргызской Республики»;
* «Об утверждении Целевой комплексной программы по борьбе с паразитарными заболеваниями в Кыргызской Республике»;
* «О мерах по улучшению деятельности и улучшению аккредитации организаций здравоохранения в Кыргызской Республике»;
* «Об усовершенствовании системы инфекционного контроля и мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения Кыргызской Республики»;
* «О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами в Кыргызской Республике»;
* «Инструкция по учету инфекционных, паразитарных болезней в Кыргызской Республике».

Многие эксперты отмечают, что Государственный санитарно-эпидемиологический надзор изменил стиль своей работы и, кроме выполнения функций надзорного органа, стал уделять больше внимания партнерским отношениям, направленным на профилактику инфекционных заболеваний и нарушений санитарно-эпидемиологических требований.

### 5.5. Инфекционный контроль в организациях здравоохранения

Постановлением Правительства КР от 12 января 2012 года №32 была утверждена Инструкция по инфекционному контролю в организациях здравоохранения Кыргызской Республики, обязательная для использования во всех учреждениях здравоохранения, независимо от формы собственности. Инструкция устанавливает санитарно-эпидемиологические требования по безопасности часто применяемых медицинских процедур, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и инвентаря, и направлена на профилактику внутрибольничных инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи населению. В организациях здравоохранения при проведении дезинфекционных и стерилизационных мероприятий допускается применение только разрешенных в установленном порядке к применению в Кыргызской Республике: дезинфекционных химических средств (средства для дезинфекции, включая кожные антисептики; средства для предстерилизационной очистки и стерилизации); дезинфекционного и стерилизационного оборудования (бактерицидные облучатели и другое оборудование для обеззараживания воздуха в помещениях, дезинфекционные камеры, дезинфекционные установки и моечные машины, в том числе ультразвуковые; стерилизаторы); вспомогательного оборудования и материалов (распыляющие устройства, бактериальные фильтры, камеры с ультрафиолетовым излучением для хранения стерильных инструментов, емкости для проведения обработки, стерилизационные коробки и упаковочные материалы, химические и биологические индикаторы и т.п.). При выборе средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей изделий медицинского назначения, касающиеся воздействия конкретных дезинфекционных средств на материалы этих изделий.

В соответствии с этой инструкцией подробно описаны следующие элементы: безопасность основных медицинских процедур: гигиена рук; безопасность проведения инъекций; безопасность проведения процедур, связанных с использованием внутрисосудистых устройств; профилактика внутрибольничных инфекций; изоляционно-ограничительные мероприятия; дезинфекция и стерилизация в медицинской практике; методы контроля стерилизаторов; и многое другое.

Приказом МЗ КР №10 от 14.01.10 «Об утверждении положений по инфекционному контролю и профилактике внутрибольничных инфекций в организациях здравоохранения Кыргызской Республики» был создан РЦИК НПО «ПМ». В учреждениях второго и третьего уровня была введена должность специалиста по инфекционному контролю и создана инфраструктура ИК в ОЗ КР. В государственных УПМСП инфекционный контроль является обязанностью старшей медсестры или терапевта. В 2016 году Приказом Министерства здравоохранения было издано и утверждено Руководство по мониторингу и оценке инфекционного контроля в организациях здравоохранения (стационарных и амбулаторных).

В области инфекционного контроля разработаны и существуют необходимые методики и руководства. Все вспышки инфекционных заболеваний в обязательном порядке изучаются эпидемиологами. Существует система эпиднадзора за всеми зооантропозными заболеваниями, и в сотрудничестве с Государственным ветеринарным департаментом Министерства сельского хозяйства разработан совместный план по профилактике и противоэпидемическим мероприятиям при зооантропозных заболеваниях. Во всех стационарных учреждениях здравоохранения из числа медицинского персонала созданы и хорошо функционируют комиссии по инфекционному контролю. Для профилактики и контроля внутрибольничных инфекций было разработано 17 стандартов, которые внедрены в деятельность организаций здравоохранения.

### 5.6. Готовность системы здравоохранения к чрезвычайным ситуациям

Принят Национальный (оперативный) план обеспечения готовности здравоохранения к чрезвычайным ситуациям и ликвидации их последствий. В каждом из отделений Государственной службы санитарно-эпидемиологического надзора (областных, районных, городских) были созданы санитарно-эпидемиологические группы, которые выезжают на объекты для получения достоверных данных о санитарно-эпидемиологической ситуации, определения границ и территории нахождения источника инфекции при получении информации о возможном возникновении чрезвычайных ситуаций, вызванных опасными биологическими возбудителями.

В КР ежегодно регистрируется несколько вспышек инфекционных заболеваний: брюшного тифа, паратифа; сальмонеллеза; общих кишечных инфекций; сибирской язвы. Основными причинами вспышек являются аварийные выбросы сточных вод в открытые резервуары, которые используются населением для бытовых и питьевых нужд, аварии в водопроводной сети, загрязнение открытых источников воды в результате стихийных бедствий (сели, землетрясения), контакт с новыми вирусами (грипп, ОРВИ).

Для оперативного принятия профилактических мер в случае возникновения чрезвычайных ситуаций при инфекционных заболеваниях ежегодно приобретаются иммунобиологические препараты (вакцины, иммуноглобулины, сыворотки) и дезинфицирующие средства. В случае возникновения чрезвычайных ситуаций территориальные службы Государственной санитарно-эпидемиологической службы оказывают помощь в виде бактериологических, радиологических, токсикологических и санитарно-гигиенических лабораторных исследований окружающей среды и людей. Кроме того, для оценки ситуации и организации экстренных и смягчающих мер по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций будут организованы специальные группы Государственной санитарно-эпидемиологической службы, а также будет организовано оказание медицинской помощи специалистами 3 станций неотложной медицинской помощи, расположенных в таких городах как Бишкек, Ош и Нарын, 86 станций скорой помощи и 85 ЦСМ.

В соответствии с нормативными документами и инструкциями, вышестоящие органы незамедлительно информируются о случаях, приводящих к чрезвычайным ситуациям и влияющих на здоровье человека. Это позволяет соответствующим службам своевременно принимать меры по локализации, устранению и предотвращению дальнейшего распространения заболеваний. Все случаи возникновения чрезвычайных ситуаций рассматриваются в Правительстве и на министерских коллегиях. Анализ и оценка представленных отчетов осуществляются с последующей корректировкой планов действий и подготовкой рекомендаций. В случае подозрения на холеру, чуму, геморрагическую лихорадку, согласно межгосударственным соглашениям о возникновении таких ситуаций уведомляются ВОЗ и соседние страны. Для регулирования деятельности в случае возникновения чрезвычайных ситуаций, вызванных как природными воздействиями, так и биологическими возбудителями, разработан и принят к исполнению в стране комплексный оперативный план по локализации и ликвидации очагов опасных инфекционных заболеваний. Эта система позволяет быстро воспользоваться как средствами системы здравоохранения, так и услугами других министерств.

Существует национальный комплексный (оперативный) план противоэпидемических мероприятий по особо опасным и карантинным заболеваниям, в котором описываются действия 9 министерств и ведомств (Министерств транспорта, внутренних дел, сельского хозяйства, чрезвычайных ситуаций, здравоохранения, культуры, финансов, местных государственных администраций и Комитета по туризму), участвующих в осуществлении профилактических, противоэпидемических мероприятий и ликвидации вспышек заболеваний. Согласно директивным документам МЗ, для своевременного реагирования на чрезвычайные ситуации в КР была организована специализированная мобильная бактериологическая лаборатория. Эта лаборатория способна проводить исследования как материалов, полученных от больных людей, так и материалов, взятых из природной среды, а также информировать о реальной ситуации в опасной зоне. В государственных учреждениях здравоохранения проводятся регулярные тренинги с целью расширения знаний о локализации и устранении очагов особо опасных заболеваний. Существует система отчетности обо всех случаях вспышек инфекционных заболеваний. Каждый случай вспышки инфекционного заболевания расследуется Государственной санитарно-эпидемиологической службой и рассматривается на заседаниях чрезвычайных эпидемиологических комиссий.

В рамках проекта Всемирного банка «Финансирование здравоохранения на основе результатов» ФОМС разработал и на протяжении последних месяцев внедряет новый контрольный список оценки эффективности функционирования системы здравоохранения (составляемый ежеквартально), в который впервые были включены показатели дезинфицирующих и моющих средств. *В то же время, показатели инфекционного контроля и обращения с медицинскими отходами не были учтены. В списке содержатся лишь некоторые элементы инфекционного контроля, связанные с приемом больных туберкулезом и качеством предоставляемых им услуг, гигиеной пациентов и медицинского персонала, а также с соответствующими показателями.*

### 5.7. Установление и кодификация санитарно-эпидемиологических норм

Установление и кодификация санитарно-эпидемиологических норм являются одной из основных задач государственного санитарно-эпидемиологического надзора, направленных на установление санитарно-эпидемиологических требований, обеспечивающих благоприятные и безопасные условия для жизнедеятельности человека. Правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования, содержат в себе государственные санитарно-эпидемиологические правила (санитарные правила, санитарные правила и нормы, санитарные нормы, гигиенические нормы), несоблюдение которых угрожает жизни или здоровью человека, наряду с угрозой возникновения и распространения заболеваний. К ним относятся: санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, профилактики заболеваний человека, благоприятных условий для проживания, работы, быта, отдыха, образования и питания; критерии безопасности и/или безвредности среды обитания человека, гигиенические или иные нормы. Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормы действуют на территории Кыргызской Республики.

Государственное санитарно-эпидемиологическое регулирование осуществляется органами и учреждениями государственного санитарно-эпидемиологического надзора КР и включает в себя: разработку единых требований к научному обоснованию санитарных правил; контроль за научно-исследовательской работой по государственным санитарно-эпидемиологическим нормам; разработку, пересмотр, экспертизу, утверждение, принятие и публикацию санитарных правил; контроль за соблюдением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения; регистрацию и систематизацию санитарных правил, формирование и ведение единой государственной базы данных в области государственного санитарно-эпидемиологического регулирования. Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ публикует санитарные правила и методы мониторинга факторов окружающей среды.

1. Таблица A7.1. Основные виды поддержки в реализации Программы. Документ оценки Программы по улучшению качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике. [↑](#footnote-ref-1)
2. Таблица A7.3. Предварительный график реализации Программы по улучшению качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике (исходя из предположения о том, что реализация программы начнется в декабре 2019 – марте 2020 года). [↑](#footnote-ref-2)
3. \* При работе УПМСП не образуются радиоактивные отходы, анатомические отходы и навоз от подопытных животных, поэтому в данной ОЭСС не учитываются риски, связанные с этими классами МО. [↑](#footnote-ref-3)
4. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-4)
5. Kyrgyz Republic MDG5/MDG Acceleration Framework for the Kyrgyz Republic Progress Update and Policy Recommendations. May 2015 Europe and Central Asia. The World Bank. [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes/activities/country-level-diabetes-efforts/kyrgyzstan-implementing-the-pen-protocol-to-enhance-diabetes-diagnosis> [↑](#footnote-ref-6)
7. Kyrgyz Republic Systematic Country Diagnostic (draft). 2017. The World Bank. [↑](#footnote-ref-7)
8. Health Systems in Transition: Kyrgyzstan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-8)
9. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-9)
10. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-10)
11. Medicine Prices, Availability, Affordability in Kyrgyz Republic. 23 November 2015. MeTA Project in Kyrgyzstan. Medicines Transparency Alliance. Bishkek [↑](#footnote-ref-11)
12. Quality of care review in Kyrgyzstan. September 2018. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-12)
13. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-13)
14. ‘A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?’ 2018. WHO European Centre for Primary Health Care Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. [↑](#footnote-ref-14)
15. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-15)
16. ‘A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?’ 2018. WHO European Centre for Primary Health Care Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. [↑](#footnote-ref-16)
17. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-17)
18. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-18)
19. Health Systems in Transition: Kyrgyztan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-19)
20. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. c [↑](#footnote-ref-20)
21. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-21)
22. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-22)
23. Antonio Giuffrida, Melitta Jakab, and Elina M. Dale. UNICO Studies Series 17 Toward Universal Coverage in Health: The Case of the State Guaranteed Benefit Package of the Kyrgyz Republic. January 2013. The World Bank. Washington DC. [↑](#footnote-ref-23)
24. Pharmaceutical pricing and reimbursement reform in Kyrgyzstan. 2016. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-24)
25. <https://kyrgyzstan.unfpa.org/en/news/visit-maternity-house-national-mother-and-child-health-center> [↑](#footnote-ref-25)
26. Kyrgyz Republic MDG5/MDG Acceleration Framework for the Kyrgyz Republic Progress Update and Policy Recommendations. 2015. World Bank. [↑](#footnote-ref-26)
27. World Health Organization – Kyrgyzstan Diabetes Country Profiles, 2016. [↑](#footnote-ref-27)
28. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-28)
29. Health Systems in Transition: Kyrgyzstan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-29)
30. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-30)
31. Quality of Care Review in Kyrgyzstan. September 2018. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-31)
32. Quality of Care Review in Kyrgyzstan. September 2018. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-32)
33. Quality of Care Review in Kyrgyzstan. September 2018. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-33)
34. Health Systems in Transition: Kyrgyzstan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-34)
35. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us?. 2018. WHO European Framework

    for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-35)
36. Health Systems in Transition: Kyrgyzstan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-36)
37. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us? 2018. WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-37)
38. A scoping review on health services delivery in Kyrgyzstan: what does the evidence tell us? 2018. WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery [↑](#footnote-ref-38)
39. Quality of Care Review in Kyrgyzstan. September 2018. World Health Organization. [↑](#footnote-ref-39)
40. Health Systems in Transition: Kyrgyzstan Health System Review. 2011. The European Observatory on Health Systems and Policies [↑](#footnote-ref-40)
41. Таблица A7.3. Предварительный график реализации (исходя из предположения о том, что программа будет запущена в декабре 2019-марте 2020 года). Документ оценки Программы улучшения качестве первичной медико-санитарной помощи в КР. [↑](#footnote-ref-41)
42. Основные виды поддержки в реализации Программы. Документ оценки Программы по улучшению качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике [↑](#footnote-ref-42)
43. ИСВ 7. Дополнительный перечень лекарственных средств пересмотрен и связанный с ним бюджет увеличен, что улучшило эффективный охват приоритетных состояний на уровне первичной помощи.

    ИСВ 8. Механизм регулирования цен для Дополнительного перечня лекарственных средств для застрахованного населения разработан и внедрен. [↑](#footnote-ref-43)
44. Таблица A7.3. Предварительный график реализации Программы по улучшению качества первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике (исходя из предположения о том, что реализация программы начнется в декабре 2019 – марте 2020 года) [↑](#footnote-ref-44)
45. Механизм оплаты услуг поставщиков ПСМП пересмотрен в целях улучшения качества приоритетных услуг и обеспечения эффективного охвата этими услугами [↑](#footnote-ref-45)
46. Объекты, отмеченные\*, посещались в 2017 году в рамках Проекта сельских инвестиций (ПСИ-3) [↑](#footnote-ref-46)