



## Информационный обзор # 8

### Оценка программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996-2005): Реформа службы ПМСП

Данный обзор основывается на результатах подробного исследования, целью которого было проведение оценки реформ в службе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в рамках программы «Манас» (1996-2005)<sup>1</sup>.

#### 1. Почему возникла необходимость реформирования службы первичной медико-санитарной помощи?

Предпосылками для реформирования службы ПМСП явились следующие факторы:

- Ориентированность прежней системы предоставления медицинских услуг на оказание высоко затратной стационарной помощи;
- Отсутствие независимого юридического и административного статуса службы ПМСП;
- Неэффективность в распределении ресурсов и несправедливое финансирование службы ПМСП;
- Фрагментированность услуг службы ПМСП за счет узкой специализации врачей;
- Отсутствие стимулов для повышения эффективности и качества оказываемых услуг, обусловленные несовершенством систем оплаты труда;
- Несправедливое распределение человеческих и других ресурсов по регионам;
- Ограниченность возможностей пациента в выборе своего врача и принятии решения относительно своего здоровья.

#### 2. Реформы службы первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике

Реформирование службы первичной медико-санитарной помощи стало ключевой задачей

<sup>1</sup> Рифат Атун. «Оценка реформ, проведенных в службе первичной медико-санитарной помощи в рамках программы «Манас» (1996 – 2005 гг.). С полной версией документа на русском и английском языках вы можете ознакомиться на сайте: <http://hpa.med.kg>.

программы «Манас» со следующими направлениями деятельности:

- Служба первичной медико-санитарной помощи была отделена от стационарной помощи организационно и финансово. Были созданы независимые группы семейных врачей (ГСВ). Населению предоставлено право приписываться к ГСВ по своему выбору.
- Была подвергнута изменениям система подготовки кадров, целью которой стала институционализация обучения семейной медицине на трех уровнях: (1) додипломное обучение; (2) постдипломное обучение – двухгодичная клиническая ординатура для выпускников медицинских ВУЗов; (3) непрерывное обучение по следующим программам - подготовка преподавателей (врачей и медсестер) по семейной медицине; переподготовка врачей и медсестер по семейной медицине; повышение квалификации практикующих специалистов и преподавателей по семейной медицине. Основная часть семейных врачей и медсестер (60-70%) прошла переобучение в области семейной и доказательной медицины по различным программам при поддержке Проекта «ЗдравПлюс», STLI, Швейцарского Бюро по Сотрудничеству и Всемирного Банка.
- Разработаны и внедрены 162 клинических протокола по наиболее распространенным заболеваниям, основанных на доказательной медицине;
- Введена Программа Государственных Гарантий (ПГГ), где определены виды, объемы и условия оказания медицинских услуг населению. Всем гражданам, независимо от их статуса застрахованности и приписки, предоставляются бесплатные услуги организациями ПМСП в рамках ПГГ;
- На первичном уровне введена программа ОМС «Дополнительный



- пакет лекарственных средств на амбулаторном уровне», которая позволила застрахованным гражданам приобретать лекарства, входящие в перечень пакета, по сниженным ценам;
- Служба ПМСП начала получать дополнительное финансирование от налога на заработную плату через ФОМС;
  - Успешно внедрены новые методы оплаты поставщиков для ГСВ, на основании подушевого финансирования с заключением прямых и не прямых контрактов, включая частичное фондодержание для лекарственных средств. Механизмы подушевой оплаты являются наиболее справедливым способом распределения ресурсов на уровне ПМСП по сравнению с постатейным финансированием, основанным на предыдущей деятельности;
  - Были проведены мероприятия по улучшению связи с населением и вовлечением сообществ на местном уровне в процесс принятия решений относящихся к службе ПМСП.

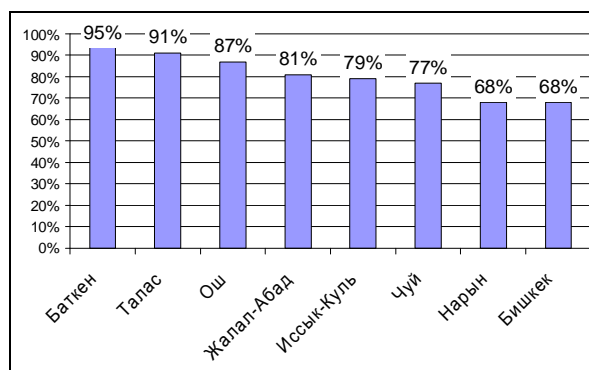
### 3. Воздействие реформ службы ПМСП на предоставление услуг и задачи системы здравоохранения

Основными достижениями реформы службы ПМСП являются: хороший доступ к услугам на первичном уровне; сокращение направлений на госпитализацию; расширение спектра услуг, предоставляемых семейными врачами; улучшение курирования хронических заболеваний на первичном уровне; и большее вовлечение населения в решение вопросов по укреплению здоровья. Эти результаты внесли вклад в повышение эффективности и улучшение качества предоставляемых услуг.

#### Улучшение доступа к службе ПМСП

В результате реформ здравоохранения улучшились охват и доступ к службе ПМСП. В настоящее время граждане КР имеют бесплатный доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи в рамках, определяемых Программой Государственных Гарантий. Количество приписанного населения увеличилось и составляет около 80% населения (рис.1).

Рис.1. Процент населения, приписанного к ГСВ по областям в 2003 году

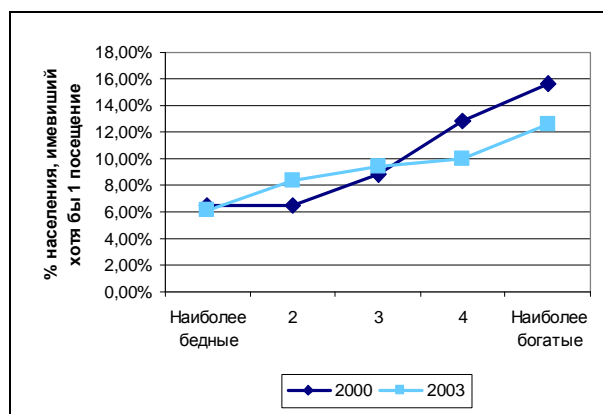


Источник: Рифат Атун, «Оценка реформ, проведенных в службе первичной медико-санитарной помощи в рамках программы «Манас» (1996 – 2005 гг.)»

В г. Бишкек отмечается наименьший процент приписанного населения, несмотря на то, что отсутствует проблема географического доступа. Недавнее исследование Проекта анализа политики здравоохранения ВОЗ/DFID по изучению состояния здоровья бедного населения города, показало, что возможно это связано с большим количеством внутренних мигрантов, проживающих в новостройках, и не приписанных к ГСВ по различным причинам. Сравнительно низкая приписка в Нарынской области требует дальнейшего исследования. Вероятно, что в этом играют роль географические и финансовые барьеры.

Оценка посещения службы ПМСП в различных социально-экономических группах населения показывает улучшение равенства в использовании медицинских услуг (рис. 2).

Рис.2. Распределение посещений (первичная помощь + специалисты амбулаторного уровня)



Источник: ВОЗ/DFID. Проект анализа политики здравоохранения

Темная линия показывает распределение амбулаторных посещений (первичная помощь + амбулаторная специализированная помощь)

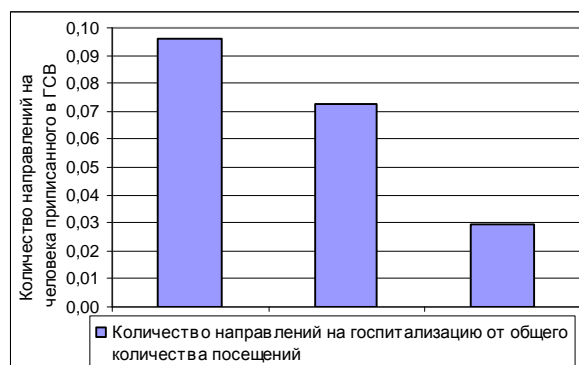


по квинтильным группам расходов. Так, в 2001 году самые состоятельные 20% населения использовали амбулаторные услуги в два раза чаще по сравнению с 20% наименее обеспеченного населения. К 2003 году уровень посещений сократился среди самой состоятельной части населения. Наименее обеспеченная квинтильная группа не испытала изменений в уровне посещений, и мы видим значительное увеличение в уровне посещений для второй по доходам квинтильной группы. При этом, выгоды, получаемые наиболее бедной половиной населения от государственных расходов на первичную медико-санитарную помощь больше, чем было до реформ.

### **Сокращение числа направлений на госпитализацию**

Анализ данных по направлениям и необоснованным госпитализациям указывают на улучшение функций первого контакта и сортировки больных в результате введения семейной медицины и значительного смещения медико-санитарной помощи от вторичного к первичному звену. За 2001-2003 годы, количество направлений на госпитализацию граждан, приписанных к ГСВ, сократилось, и, частично это произошло в результате улучшения сортирующей функции ГСВ и расширения их клинической практики (рис.3).

**Рис 3. Число больничных госпитализаций на гражданина, приписанного к ГСВ**



Источник: Рифат Атун, «Оценка реформ, проведенных в службе первичной медико-санитарной помощи в рамках программы «Манас» (1996 – 2005 гг.)»

Увеличение объема и содержания медицинских услуг на первичном уровне привело к сокращению перенаправлений и необоснованных госпитализаций, тем самым, увеличивая эффективность и рациональность системы здравоохранения.

### **Расширение спектра услуг, оказываемых семейными врачами**

Как показало недавнее исследование «Оценка реформ по семейной медицине в Кыргызской Республике», многие функции, которые должны выполняться семейными врачами, как это происходит в Европейских и других развитых странах, в Кыргызской Республике выполнялись специалистами узкого профиля, такими как ЛОР-врачи, хирурги, хирурги-ортопеды, офтальмологи и др. (Р.Атун, Отчет Всемирного Банка, 2005 г.)

Сравнительный анализ практики семейных врачей по стране показал, что врачи ГСВ Иссык-Кульской области предоставляют наиболее широкий спектр услуг, поскольку реформа службы ПМСП в этой области началась раньше. ГСВ Иссык-Кульской области смогли взять на себя часть функций специалистов узкого профиля. Так, они чаще принимали решение в отношении 27 наиболее часто встречающихся заболеваний на уровне ПМСП и курировали 17 наиболее распространенных хронических состояний, по сравнению с врачами из городов Ош и Бишкек. Также они более активно занимались мероприятиями по формированию здорового образа жизни и больше использовали медицинское оборудование по сравнению с семейными врачами из других областей.

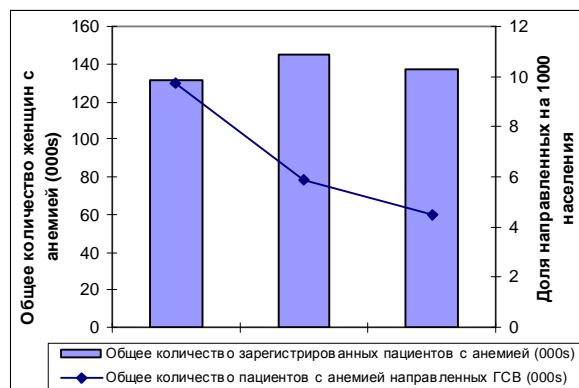
### **Улучшение курирования хронических заболеваний на первичном уровне**

Семейные врачи увеличили объем и уровень услуг для курирования распространенных хронических заболеваний таких как гипертония, инсулин - независимый диабет, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, анемия. Для этих хронических заболеваний разработаны и введены клинические протоколы, основанные на доказательной медицине, что позволило улучшить функцию непрерывности и комплексности ПМСП.

К примеру, количество госпитализаций с анемией, наиболее распространенной среди беременных, уменьшилось более чем наполовину, несмотря на общее увеличение заболеваемости анемией (рис.4.).



Рис. 4. Число госпитализаций на гражданина с анемией



Источник: Рифат Атун, «Оценка реформ, проведенных в службе первичной медико-санитарной помощи в рамках программы «Манас» (1996 – 2005 гг.)»

Примерно подобным же образом уменьшилось количество госпитализаций при остальных хронических заболеваниях.

#### **Большее вовлечение населения в решение вопросов по укреплению здоровья**

Появились обнадеживающие примеры инициатив вовлечения сообществ к решению проблем здоровья. Например, Кыргызско-Швейцарский Проект по поддержке реформ здравоохранения успешно разработал модель укрепления здоровья (Жумгалская модель), которая позволяет сельским сообществам самим анализировать свои приоритеты по здравоохранению и создавать комитеты здоровья для добровольной работы по улучшению здоровья в своих селах.

#### **4. Основные рекомендации для дальнейших реформ**

В настоящее время заложены все необходимые предпосылки для дальнейшего продвижения реформ на первичном уровне. Следующими шагами для развития службы ПМСП могут стать:

- Совершенствование механизмов распределения ресурсов для покрытия потребностей в медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах и улучшения справедливости в доступе к услугам и финансированию;
- Дальнейшее расширение роли ГСВ, а также объема предоставляемых ими услуг;
- Введение более гибких контрактов для ГСВ, основанных не только на подушевом принципе, но и учитывающих другие критерии показателей деятельности и

стимулы для: улучшения качества; предоставления дополнительных услуг, включая услуги по формированию здорового образа жизни; и профилактике заболеваний. Однако, введение таких контрактов потребует значительного аналитического и исполнительного потенциала ФОМС и МЗ, а также улучшения стабильности в системе финансирования здравоохранения;

- Увеличение заработной платы семейным врачам и медсестрам ГСВ для привлечения высококвалифицированных специалистов, повышения престижа семейной медицины и мотивации для улучшения качества медицинских услуг;
- Усиление акцента на модернизацию ФАП с целью достижения справедливости в доступе к медицинским услугам для населения отдаленных регионов;
- Улучшение доступности медицинских услуг для внутренних мигрантов, проживающих в новостройках г.Бишкек;
- Решение застарелой проблемы специалистов узкого профиля. Присутствие специалистов узкого профиля в ЦСМ является источником неэффективности, препятствующей функции первого контакта, сортировки больных и непрерывности наблюдения. Это ключевой барьер в развитии службы ПМСП. В идеале, все ЦСМ следует преобразовывать в центры ГСВ, а специалистов узкого профиля следует либо постепенно переводить в стационары, либо переобучать в семейных врачей.

Для получения более подробной информации и полного отчета по исследованию обращайтесь к сотрудникам ПАПЗ

Чечейбаеву Эркину [erkin@manas.elcat.kg](mailto:erkin@manas.elcat.kg) или Акунову Нурдину [nurdin@manas.elcat.kg](mailto:nurdin@manas.elcat.kg)