



Проект анализа политики здравоохранения «Манас»

Документ исследования политики № 29

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

Март, 2005г.

**Д-р Рифат А.Атун
MBBS MBA DIC MFRH FRCGP
Директор, Центр управления здравоохранением
Имперский колледж Лондона**

Manas Health Policy Analysis Project ♦ 1 Togolok Moldo Street , 72045
Bishkek, Kyrgyz Republic

Phone: 996 (312)660-438 ♦ Fax: 996 (312) 663-649 ♦ Email: moh@manas.elcat.kg

Краткий обзор

- (i) Цель исследования состояла в проведении оценки реформ в службе первичной медико-санитарной помощи в рамках программы «Манас-1» и, по возможности, определении воздействия этих реформ ПМСП на показатели деятельности системы здравоохранения.
- (ii) Настоящий документ опирается на выводы недавнего исследования, проведенного для Всемирного Банка по оценке реформ в области семейной медицины (СМ) в Кыргызстане, с проведением первичного и вторичного исследования с использованием как количественных, так и качественных методов. Кроме этого, в отчете использовалась информация, полученная после подробных обсуждений с лицами, принимающими участие в реализации реформ, анализа информационных обзоров, представленных «Проектом анализа политики здравоохранения, ВОЗ/DFID», а также изучения отчетов организаций, вовлеченных в процесс реализации реформ ПМСП.
- (iii) Кыргызская Республика унаследовала систему здравоохранения, основанную на советской модели Семашко, характеризующуюся централизованным планированием; иерархичной административной организацией; очень крупной сетью поставщиков с акцентом на предоставлении лечения на стационарном уровне и слабо развитым уровнем ПМСП; параллельными системами здравоохранения для отраслевых министерств и крупных организаций; фрагментированной моделью ПМСП в виде тройственной модели поликлинической системы (взрослые и детские поликлиники, женские консультации), при которой услуги предоставлялись отдельно для взрослых, женщин и детей, а также большим количеством вертикальных программ, предоставляемых специалистами узкого профиля; отсутствием семейных врачей, избытком человеческих ресурсов, сконцентрированных в городах; постатейным выделением бюджета учреждениям поставщиков и системами оплаты, основанными на выплате фиксированной заработной платы, способствовавшей неэффективности и препятствующей улучшению показателей деятельности; протоколами лечения, которые стимулировали чрезмерные направления на вторичный уровень помощи; и ограниченными правами граждан при системе, распределявшей их по врачам, и не позволявшей им производить выбор поставщиков.
- (iv) До обретения независимости Кыргызстан выделял 3,5% от своего ВВП на здравоохранение. Резкий экономический спад еще больше способствовал дальнейшему снижению уровня финансирования сектора здравоохранения, что привело к недостаточным инвестициям в сектор – создавая значительный дефицит финансирования между необходимым уровнем для системы здравоохранения и имеющимися ресурсами.
- (v) После обретения независимости Правительство Кыргызской Республики прибегло к введению комплексных реформ здравоохранения, сконцентрированных на создании сильной службы ПМСП для решения вопросов: сложной организационной структуры; избытка инфраструктуры и человеческих ресурсов; неэффективности распределения и неравномерности финансирования; неэффективности предоставления

услуг; ограниченных стимулов и низкого уровня заработной платы медицинских работников.

Основные достижения: Организационные и регулятивные изменения

- (vi) С 1992 года в сотрудничестве с международными организациями, Правительство Кыргызской Республики приняло ключевые законы для создания благоприятной среды и платформ для систематических, комплексных и всесторонних реформ здравоохранения для сокращения неэффективности; улучшения справедливости и доступа (финансового и географического), и, улучшения качества. Образцовое сотрудничество между донорским сообществом и Правительством КР привело к возникновению «действенного и неформального широко секторального подхода (SWAp)».
- (vii) Достижения реформ в ПМСП, несмотря на чрезвычайно ограниченную ресурсную среду, сконцентрированных на семейной медицине в Кыргызстане, были значительными при улучшении функций сортировки и первого контакта ПМСП, при существенном сдвиге медико-санитарной помощи со вторичного на первичный уровни с последующим улучшением в рациональности и эффективности системы здравоохранения.
- (viii) Семейная медицина признана как специальность и законодательно закреплена в КР. Система взрослых и детских поликлиник, женских консультаций консолидирована в единые центры ПМСП, многие из которых были отремонтированы и в настоящий момент предоставляют услуги для взрослых и детей.
- (ix) Созданы новые организации поставщиков ПМСП: группы семейных врачей с автономией в управлении бюджетами и заключении контрактов с Фондом Обязательного Медицинского Страхования; и центры семейной медицины, состоящие из ГСВ и специалистов узкого профиля.
- (x) Объем и содержание услуг ГСВ прописаны в законе и подробно определены в Программе Государственных Гарантий. Сортирующая функция службы ПМСП осуществляется ГСВ, действующих в качестве пункта для первого контакта с пациентами.
- (xi) В небольшом объеме введена аккредитация, и проведена аккредитация ряда учреждений ПМСП и больничных учреждений.

Системы финансирования, распределения ресурсов и оплаты поставщиков

- (xii) Введено Обязательное медицинское страхование и со-оплата, предоставляющие дополнительные ресурсы для системы здравоохранения, но также создавая прозрачную среду относительно оплаты, осуществляемой поставщикам медицинских услуг. Существуют фактические доказательства того, что новая система обеспечила выгоды для бедного населения.
- (xiii) Основным достижением является система оплаты поставщиков, которая позволяет проводить аккумулирование средств бюджета

здравоохранения в территориальном управлении Фонда Обязательного Медицинского Страхования «в едином источнике финансирования» для финансирования Программы Государственных Гарантий.

- (xiv) Новые методы оплаты поставщиков были успешно внедрены сначала в пилотных областях для ГСВ на основе простого механизма подушевого финансирования с последующим распространением на всю страну. Для ГСВ были введены прямые и непрямые контракты, включая частичное фондодержание для лекарственных средств.

Предоставление услуг

- (xv) Введена Программа государственных гарантий, которая определяет виды, объем и условия оказания медико-санитарной помощи населению КР. Граждане, не охваченные системой ОМС, должны вносить официальную со-оплату за направления на амбулаторные или больничные стационарные услуги, предоставляемые специалистами узкого профиля.
- (xvi) У пользователей в настоящий момент есть свобода выбора своего семейного врача. Граждане, застрахованные в системе ФОМС, получают дополнительные выгоды от доступа к некоторым лекарственным средствам, включенным в дополнительный пакет на амбулаторном уровне, и более низкий уровень со-оплаты за направления в амбулаторные учреждения или в качестве стационарных пациентов в больнице.
- (xvii) Существует достаточно полный охват иммунизацией, а также повсеместное предоставление услуг ПМСП в стране. Объем и содержание услуг значительно увеличились, включая услуги по формированию здорового образа жизни.
- (xviii) Анализ данных ФОМС демонстрирует существенное и надлежащее смещение основного объема медицинских услуг со вторичного на первичный уровень с сокращением числа больничных направлений при основных неотложных и хронических заболеваниях, управление которыми обычно осуществляется в условиях ПМСП. Этот вывод важен для демонстрации достижений в виде улучшения контроля медицинской помощи в условиях ПМСП при сокращении больничных направлений и соответствующем улучшении рациональности и эффективности.
- (xix) Для 162 общих заболеваний, встречающихся на первичном уровне, введены руководства, основанные на доказательной медицине. Это улучшит качество услуг, предоставляемых на первичном уровне, уменьшит необоснованные вмешательства и сократит направления в стационар.

Формирование ресурсов

- (xx) Основная часть семейных врачей и медсестер, составляющая 60-70% от необходимого количества, прошла обучение на краткосрочных программах обучения.

Ключевые задачи и рекомендации

- (xxi) Реформы в области семейной медицины и ПМСП в Кыргызстане были чрезвычайно успешными и быстро развивались. Существуют платформы для ускорения темпов реформ во второй фазе развития, особенно: дальнейшего расширения роли ГСВ и объема предоставляемых ими услуг; введения более гибких контрактов для ГСВ со стимулами для улучшения деятельности, качества и предоставления дополнительных услуг по формированию здорового образа жизни, профилактике и дополнительным услугам ГСВ; увеличения заработной платы семейным врачам и медсестрам ГСВ; уточнения механизмов распределения ресурсов для отражения потребности и улучшения справедливости; дальнейшего внедрения принципов доказательной медицины; изменения механизмов отчетности в службе ПМСП, усиливающих старую тройственную модель и препятствующих предоставлению единых услуг.
- (xxii) Для граждан КР созданы минимальные стандарты качества и справедливый уровень услуг. Контракты с ГСВ следует использовать для стимулирования инноваций и расширения объема услуг, предоставляемых в ПМСП.
- (xxiii) Присутствие специалистов узкого профиля в ЦСМ, оценку которого могут напрямую сделать сами пациенты, является источником неэффективности, препятствующей функции первого контакта, функциям курирования и непрерывности. Это ключевой барьер в развитии службы ПМСП. В идеале, все ЦСМ следует преобразовывать в центры ГСВ, а узких специалистов следует либо постепенно переводить в больницы, либо переобучать в качестве семейных врачей. Однако с политической точки зрения это может быть невозможным, и необходимо исследовать прагматичные, но выполнимые решения.
- (xxiv) Несмотря на Пакет государственных гарантий, обеспечивший универсальный охват, существует большая несправедливость в доступе к услугам и финансированию. В следующей фазе реформ следует усилить акцент на справедливость путем изменения механизмов распределения ресурсов с учетом бедности и потребностей в медицинской помощи, и значительно изменить существующий порядок распределения средств, благоприятствующий городским и Республиканским больницам.
- (xxv) Ограниченные стимулы и низкие уровни заработной платы специалистов по семейной медицине являются двумя основными проблемами, требующими незамедлительного решения. Контракты с ГСВ, успешно введенные в пилотных регионах, следует использовать в качестве механизма для стимулирования нововведений и дальнейшего улучшения справедливости, качества услуг, рациональности и эффективности. Однако для достижения этих целей следует сделать отступление от простых контрактов, основанных на подушевом принципе, к более усложненным контрактам с четкими критериями показателей деятельности и качества и сопоставимыми стимулами для вознаграждения ГСВ, добившихся их. Однако такое смещение потребует значительного аналитического и исполнительного потенциала ФОМС и

МЗ, а также улучшения стабильности в системе финансирования здравоохранения.

- (xxvi) Несмотря на то, что Кыргызстан разработал впечатляющую систему МиО в ФОМС, компонент информационного обеспечения первичного уровня требует улучшения и расширения аналитического потенциала ФОМС для проведения регулярного анализа данных и разработки своевременной информации для принятия информированных решений.
- (xxvii) Достижения в Кыргызской Республике выдающиеся, и одни из наиболее продвинутых в регионе ЕЦА. Важна настоятельная политическая поддержка для последующей фазы реформ для достижения устойчивости и дальнейшего развития высоко успешных реформ.

Признательность

Данный отчет основан на недавнем исследовании, финансирование под которое было предоставлено Всемирным Банком для оценки реформ в области семейной медицины в регионе ЕЦА.

Мне хотелось бы поблагодарить Мелитту Якаб и Джозефа Катцина за очень ценные комментарии в подготовке данного отчета, а также Айнуру Ибраимову и Нинель Кадырову за предоставленный доступ к данным ФОМС.

Сокращения и аббревиатуры

АБР	Азиатский Банк Развития	МиО	Мониторинг и оценка
ОМС	Обязательное медицинское страхование	МЗ	Министерство Здравоохранения
НМО	Непрерывное медицинское образование	НПО	Неправительственная организация
НПР	Непрерывное профессиональное развитие	НСЗ	Национальные счета здравоохранения
ДФИД	Департамент Великобритании по Международному Развитию	ОЭСР	Организация по Экономическому Сотрудничеству и Развитию
ЕЦА	Европа и Центральная Азия	ПП	Первичная помощь
ДМ	Доказательная медицина	ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СМ	Семейный врач	НССБ	Национальная Стратегия Сокращения Бедности
ГСВ	Группа Семейных Врачей	SDC	Швейцарское Агентство по Сотрудничеству
СМ	Семейная Медицина	СВА	Сельская врачебная амбулатория (учреждение поставщика общей практики)
СВ	Семейный врач	ОТ	Обучение тренеров
КСМ	Команда по семейной медицине	КП	Круг полномочий
ВВП	Внутренний Валовой Продукт	Великобритания	Объединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
ВОП	Врач общей практики	США	Соединенные Штаты Америки
ФМС	Фонд Медицинского Страхования	ЮСАИД	Американское Агентство по Международному Развитию
ЈСА	Японское Международное Агентство по Сотрудничеству	ВБ	Всемирный Банк
ЦРТ	Цели развития тысячелетия	ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
Манас – I	Программа реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996 -2005)	Манас - II	Национальная программа реформы здравоохранения КР (2006 – 2010)

1. Политический контекст

1.1. Кыргызская система здравоохранения до реформ здравоохранения

Кыргызская Республика унаследовала систему здравоохранения, основанную на советской модели Семашко: централизованно управляемой и интегрированной государственной системы здравоохранения, в которой все активы системы принадлежали государству, работники здравоохранения были государственными служащими, и доступ к лечению был бесплатным на всех уровнях. Параллельные системы здравоохранения существовали для министерств внутренних дел, обороны, железной дороги, труда и социальной защиты и министерства национальной безопасности, а также больших предприятий, создавая огромную инфраструктуру по предоставлению медицинской помощи. Параллельная система общественного здравоохранения, Санитарно-эпидемиологическая Служба (СЭС), существовала с акцентом на надзор и профилактику, однако мероприятия по здоровому образу жизни и воспитанию были ограниченными.

В системе предоставления помощи существовало шесть уровней поставщиков, сконцентрированных на лечебных услугах, и доминировали больницы: (i) фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), сотрудниками которого являлись медсестра/акушерка; (ii) сельская врачебная амбулатория (СВА); (iii) поликлиники, сотрудниками которых являлись терапевты - наблюдавшие за взрослым населением, педиатры - наблюдавшие за детьми, гинекологи - отвечавшие за здоровье женщин, а также специалисты узкого профиля; (iv) сельские участковые больницы (СУБ); (v) центральные районные больницы; и (vi) специализированные и республиканские больницы, предоставлявшие услуги третичной медико-санитарной помощи, а также специализированные институты.

Уровень ПМСП был фрагментированным с тройственной поликлинической системой, включающей консультационные центры для взрослых, женщин и детей, и дерматовенерологический, наркологический, психиатрический и противотуберкулезный диспансеры. В этих поликлиниках работало большое количество медсестер и вспомогательного персонала, помогавших врачам.

Система скорой помощи в сельской местности предоставляла услуги круглосуточно, осуществляла выезды на дом, назначала лечение и транспортировала больных пациентов в больницы.

В административном плане система здравоохранения была чрезвычайно иерархичной и делилась на региональные административные единицы (области), в каждой из которых было свое областное управление здравоохранения (облздрав). В больших и средних городах городское управление здравоохранения (горздрав) отвечало за управление медицинскими службами. Города и сельские районы делились на районы, каждый из которых обслуживала районная больница, поликлиника и сеть сельских СВА и ФАПов. Руководители областных или городских управлений здравоохранения, назначаемые областным губернатором с одобрения МЗ, руководили ПМСП и службами вторичного звена в области. В свою очередь в каждой центральной районной больнице (расположенной в

центральном городе каждого района) был главный врач, в обязанности которого входили местные услуги здравоохранения первичного и вторичного звена.

Структура системы здравоохранения, распределение инфраструктуры и ресурсов в системе здравоохранения определялись на основании централизованных плановых нормативов. Постатейное распределение бюджета было методом оплаты поставщиков, использованным для финансирования поставщиков медицинских услуг, при котором финансирование определялось по исходному параметру и параметру деятельности: на уровне больниц - по количеству коек и количеству сотрудников; а на уровне ПМСП – по количеству посещений и количеству сотрудников. Такая договоренность, гарантируя стандарты по всей стране, стимулировала дополнительные услуги путем увеличения исходных параметров и не поддерживала нововведений.

До обретения независимости Кыргызстан выделял 3,5% от своего ВВП на здравоохранение. После провозглашения независимости и выхода из Советского Союза в 1991 году последовали серьезные экономические и социальные проблемы. В период с 1992 по 1995 годы ВВП Кыргызстана сократился на 50%. Это привело к мощному дефициту ресурсов, предназначенных для финансирования системы здравоохранения.

Быстрый экономический спад еще более подверг риску низкий уровень финансирования сектора здравоохранения, при котором правительство могло покрывать лишь 45-50% от расходов системы здравоохранения – создавая тем самым значительный дефицит между финансированием системы здравоохранения и имеющимися ресурсами.

Кроме дефицита финансирования Правительство Кыргызской Республики столкнулось с ключевыми проблемами системы здравоохранения, которые было необходимо решать при помощи реформ, а именно: (i) сложностью организационной структуры, (ii) избыточной инфраструктурой и человеческими ресурсами; (iii) неэффективностью распределения ресурсов и неравномерностью финансирования; (iv) неэффективным предоставлением услуг; (v) ограниченными стимулами и низким уровнем заработной платы для медицинских работников.

1.2. Ключевые проблемы неэффективности системы здравоохранения

1.2.1. Организационная структура

Наличие сложной организационной структуры здравоохранения с ограниченной интеграцией создало значительное дублирование услуг и неэффективность. До семи процентов расходов здравоохранения потреблялись службами других министерств.

Структурная неэффективность усугубилась за счет четырех административных уровней - районного, муниципального, областного и республиканского – при дублировании охватываемого населения и дублировании в предоставлении услуг. Каждый государственный уровень предоставлял финансирование для своих учреждений: республиканские учреждения финансировались из республиканских налогов; областные учреждения финансировались из областных налогов; а

районные/городские учреждения финансировались из районных/городских налогов. Каждый уровень пытался, хотя и безуспешно, изыскать ресурсы для поддержания функционирования учреждений, скорее, чем устанавливать сотрудничество для инфраструктуры или человеческих ресурсов.

Преобладала чрезвычайно иерархичная система при центральном планировании, приводимая в движении нормативами, при административной культуре: неспособная своевременно и эффективно реагировать на контекстуальные изменения. Нормативы, разработанные на центральном уровне, ограничивали управляемые на местах нововведения.

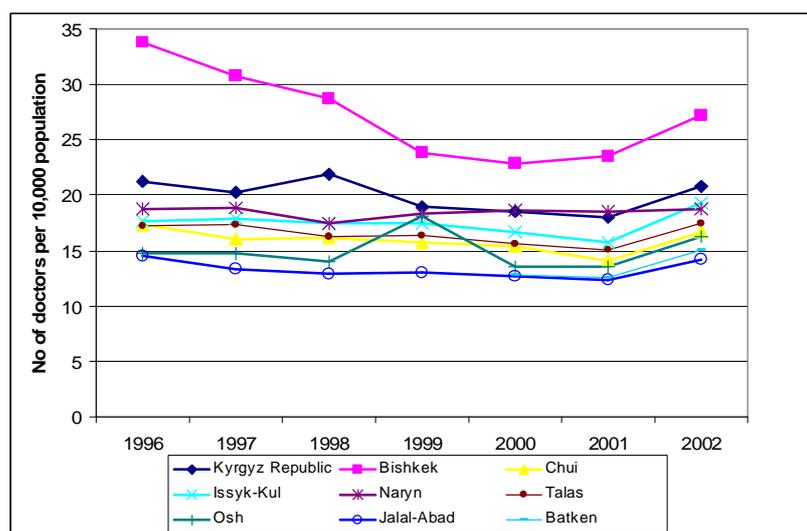
1.2.2. Избыточная инфраструктура и человеческие ресурсы

В системе здравоохранения существовал избыток больниц и человеческих ресурсов. Расходы на коммунальные услуги потребляли большую часть средств, выделяемых больницам, оставляя недостаточными ресурсы для кадров, оборудования, расходные материалы и техническое обслуживание инфраструктуры.

По международным стандартам в Кыргызстане было большое количество врачей. На начало переходного периода число врачей на 1000 человек составляло 3,2 по сравнению с ОЭСР, где их количество составляло в среднем 2,1 на 1000 населения. Количество врачей и медсестер сократилось с 1996 по 2003, но большая доля сокращения произошла за счет сокращения количества медсестер.

Несмотря на существование избыточного количества человеческих ресурсов, особенно врачей, их распределение было неравномерным: при высокой концентрации в столице, городе Бишкек и недостаточном количестве в сельской местности. (0)

Рис.1. Количество практикующих врачей по регионам



Недостаток медицинского персонала в сельской местности усугубился в течение последних пяти лет, так как выпускники медицинских учебных заведений не желают работать в сельской местности, а также не существует обязательства по отработке в сельской местности – как было в Советский период при обязательной трехлетней отработкой в сельской местности.

1.2.3. Неэффективность в распределении ресурсов и несправедливое финансирование

Фрагментированный сбор доходов для финансирования системы здравоохранения – при которых каждый уровень отвечал за предоставление ресурсов для своих собственных поставщиков – привел к несправедливому распределению. Более бедные сельские районы могли изыскать лишь ограниченные ресурсы, несмотря на более высокие потребности в медицинской помощи в отличие от городских районов и более обеспеченных районов, имевших больше ресурсов и избыток поставщиков. Поэтому возникла необходимость в системе, которая бы объединила и аккумулировала финансовые ресурсы в одной организации, а затем распределяла бы эти ресурсы в соответствии с потребностью.

Существующая система распределения ресурсов отдавала предпочтение больницам и городам за счет первичного уровня и сельских районов, приводя к слабой адресности инвестиций.

Ресурсы выделялись поставщикам в виде бюджетов согласно нормам, основанных на имеющихся мощностях и прошлой деятельности. Поэтому большое количество коек и длительные пребывания в больнице означали большее количество штатных должностей и более высокий бюджет и спрос, стимулируемый поставщиками.

Постатейное распределение бюджета предоставляло чрезвычайно ограниченную возможность для распределения средства между статьями бюджета. Не существовало стимулов, которые бы вознаграждали за хорошую деятельность и поддерживали улучшение эффективности, справедливость или равенство.

1.2.4. Неэффективность предоставления услуг

Предоставляемые услуги не были сконцентрированы на потребителе. Потребители не могли выбирать и регистрироваться у врача первичной медико-санитарной помощи, принимали ограниченное участие в принятии решений и были пассивными получателями услуг, скорее, чем активными участниками в процессе здравоохранения.

Существовал ряд проблем в отношении уровня интеграции и курирования, в частности: (i) Фрагментированность функции при первом контакте на уровне ПМСП и больниц; (ii) Недостаточное курирование при чрезмерных направлениях пациентов к узким специалистам на уровне ПМСП и больницы; (iii) Недостаточная интеграция между первичным и вторичным звеньями медико-санитарной помощи при нарушении непрерывности лечения; (iv) Преобладание национальных вертикальных программ, таких как иммунизация, не допускающих горизонтальную интеграцию с ПМСП; (v) Ограниченный потенциал на уровне ПМСП по решению проблем, приводящий к системе здравоохранения с основным акцентом на больницах; (vi) Недостаточный акцент на санитарное просвещение, формирование здорового образа жизни и профилактику, и; (vii) Слабое распространение руководств, основанных на доказательной медицине.

1.2.5. Низкий уровень оплаты медицинского персонала

Врачи и медсестры, работающие в системе здравоохранения, получают низкую заработную плату, от 30 до 40 США в месяц. Медработники, работающие в ПМСП, получают заработную плату ниже по сравнению больничным персоналом. Несмотря на то, что заработная плата семейных врачей несколько выше заработной платы специалистов узкого профиля, работающих в Центрах Семейной Медицины, у последних существует больше возможностей в дополнении своего дохода за счет дополнительной частной работы.

Столкнувшись с этими сложностями, Правительство Кыргызской Республики в сотрудничестве со Всемирным Банком, Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), ЮСАИД, Швейцарским Агентством по Сотрудничеству (SDC), Министерством по Международному Развитию Великобритании (DFID), Азиатским Банком Развития (АБР) и Японским Агентством по Международному Сотрудничеству (JICA) приступило к внедрению комплексной Программы реформ здравоохранения для решения этих вопросов и создания справедливой и эффективной системы здравоохранения, предоставляющей высококачественные услуги.

2. Предпосылки для реформы первичной медико-санитарной помощи

2.1. Почему первичная медико-санитарная помощь?

Во всемирном отчете ВОЗ о здоровье за 2000 год отмечено, что многим странам не удастся достичь своего потенциала в достижении справедливости, эффективности, рациональности и реагирования систем здравоохранения.¹ Одной из причин для слабого функционирования системы является неадекватный уровень ПМСП, который необходим для достижения ключевых задач системы здравоохранения и «здоровья для всех».²

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является эффективным механизмом для предоставления эффективной медицинской помощи «для улучшения доступа к медицинской помощи и результатам, тем самым, сокращая недостатки в справедливости».^{3 4 5 6} Развертывание системы здравоохранения, основанных на принципах ПМСП недавно определено в качестве ключевого приоритета для ВОЗ.⁷

Первичная медико-санитарная помощь видится в качестве «неотъемлемой, постоянной части формальной системы здравоохранения во всех странах». Она понимается как «средство, путем которого уравниваются цели систем здравоохранения», так как решает наиболее распространенные проблемы в сообществе путем предоставления профилактических, лечебных и восстановительных услуг для максимизации здоровья и благосостояния и влияния ответов людей на свои проблемы со здоровьем.⁸ Служба ПМСП интегрирует процесс помощи для решения единственной или множественных проблем со здоровьем с учетом контекста, в котором существует болезнь. Эта помощь, которая организует и рационализирует использование ресурсов - базовых, а также специализированных – направленных на поддержку и улучшение здоровья.⁹

Вуори описывает составляющие компоненты ПМСП как: (i) набор действий, (ii) уровень помощи, (iii) стратегию для организации услуг здравоохранения, и (iv) философию, которая должна пронизывать всю систему здравоохранения.¹⁰ В качестве уровня помощи в системе здравоохранения служба ПМСП является пунктом первого контакта, на котором решаются 90 процентов проблем со здоровьем. В качестве стратегии первичная помощь включает в себя понятие доступной помощи, соответствующей нуждам населения, функционально интегрированной, основанной на сотрудничестве между секторами общества. В качестве философии первичная помощь предполагает предоставление равных услуг лицу и обществу при помощи межсекторального подхода.

Несмотря на то, что первичная помощь часто сравнивается с ролью «курирования»¹¹, она играет намного более фундаментальную роль, чем просто курирование: она является основным процессом в системах здравоохранения, включающим первый контакт, первую помощь, текущую помощь, комплексную помощь и скоординированную помощь».¹²¹³ Помощь первого контакта доступна во время необходимости; текущая помощь концентрируется на долгосрочном здоровье человека, а не на краткосрочном продолжении заболевания;

комплексная помощь является набором услуг, соответствующих распространенным проблемам у населения, существующих на уровне первичной помощи; и, координация представляет собой роль, при помощи которой первичная помощь действует для координации других специализированных услуг, которые могут понадобиться пациенту.

2.2. Преимущества систем здравоохранения, основанных на первичной медико-санитарной помощи

Фактическое доказательство, полученное как из развивающихся, так и развитых стран, демонстрирует, что показатели деятельности систем с сильным элементом ПМСП хороши по отношению к целям системы здравоохранения и задачам по результатам, справедливости, эффективности, рациональности и реагирования здравоохранения.¹⁴ Мощные системы здравоохранения, в состоянии эффективно выполнять функции ключевого первого контакта, комплексности, и координационную функцию лучше могут выполнять задачи системы здравоохранения.

2.2.1. Здоровье населения и общие расходы здравоохранения

Сила системы ПМСП страны влияет на результаты здоровья населения, при более сильной первичной помощи, приводящей к улучшению показателей здоровья.¹⁵ Это взаимоотношение значимое, даже после проверки факторов, определяющих здоровье населения на макро уровне (ВВП на душу населения, всего врачей на 1000 населения, доля престарелого населения) и микро уровне (среднее число амбулаторных посещений, доход на душу населения, потребление алкоголя и табака). Более высокая ориентация на первичную медико-санитарную помощь скорее всего даст лучшие показатели здоровья населения при меньших затратах и при более высокой удовлетворенности пациентов.¹⁶

Отсутствие ПМСП является важным фактором, определяющим слабое здравоохранение.¹⁷ Системы здравоохранения, в которых преобладают специалисты, такие как в Соединенных Штатах Америки, несут более высокие затраты на здравоохранение в целом и недостаточный доступ к услугам со стороны уязвимых групп населения.^{18 19 20 21} Высокие затраты связаны с пропорционально низким количеством врачей ПМСП и последующим нарушением функции курирования.^{22 23}

Услуги, предоставляемые специалистами, более высоко затратные – ввиду тенденции использования ими более дорогостоящих технологий и их ориентации на профилактическую медицину.²⁴ Высоко технологичная медицина подталкивает затраты здравоохранения без ощутимого улучшения в уровне здоровья.

Существует недавнее доказательство, показывающее, что более высокое соотношение врачей первичной медико-санитарной помощи к населению приводит к сокращению уровней смертности в целом, а также сердечно-сосудистых заболеваний и раковых заболеваний. Более высокая доля специалистов к населению улучшает показатели смертности.²⁵

2.2.2. Справедливость и доступ

В рамках контекста развивающейся страны существует доказательство в поддержку заявления о том, что расходы на ПМСП больше сконцентрированы на бедное население, чем средние расходы, включающие больницы. Расходы на ПМСП имеют желаемое распределительное воздействие, предоставляя выгоду более бедному сегменту населения значительно больше по сравнению с состоятельным сегментом.²⁶

Ориентация, направленная на систему, основанную на специалистах, стимулирует несправедливость доступа.²⁷ В отличие от этого существует общее согласие о том, что расходы на ПМСП улучшают справедливость.²⁸ Снижение доступа к семейным врачам приводит к ухудшению состояния здоровья граждан.²⁹

³⁰

2.2.3. Качество и эффективность помощи

Исследования, в которых приводится сравнение между помощью, предоставленной семейными врачами и специалистом, показывают, что результаты здоровья и качества одинаковы даже в том случае, если семейные врачи заменяют специалиста вторичной помощи.³¹

Существует больше вероятности в том, что семейные врачи обеспечивают непрерывность и комплексность, помогающие в улучшении показателей здоровья по сравнению со специалистом.³² Улучшение доступа к ГСВ и функция курирования, выполняемая ими, предоставляют дополнительные выгоды, такие как сокращение госпитализации^{33 34 35}, уменьшение использования специальных и неотложных центров^{36 37}, и сокращение риска подверженности ненадлежащим медицинским вмешательствам.³⁸ Доказательство систематического обзора предполагает, что расширение доступа к ГСВ на первичном уровне может сократить спрос на дорогостоящую, специализированную, больничную помощь.³⁹

2.2.4. Эффективность расходов

В условиях стран с низкими доходами, ПМСП является более эффективной по сравнению с другими программами здравоохранения.⁴⁰ Определенные мероприятия на первичном уровне, такие как младенческое и детское здоровье, программы питания, иммунизация и оральная гидратация 'хорошими товарами' при сравнении с больничной помощью⁴¹ и вмешательства, осуществляемые в первичных учреждениях здравоохранения, могли бы не допустить большую долю смертных случаев.⁴² Даже в условиях с низким уровнем ресурсов возможно реализовать и поддерживать базовые услуги ПМСП.⁴³

Передача части объема медицинских услуг от специалистов узкого профиля и вторичного уровня здравоохранения на первичный уровень (семейные врачи) доказала эффективность затрат без отрицательного воздействия на результаты.⁴⁴

45 46 4748 49 50

2.2.5. Удовлетворенность пациентов

Европейское исследование набора экономических и рыночных показателей тенденции граждан 15 государств-членов ЕС, показывает, что страны с сильными системами ПМСП склонны к наличию более высокого общественного удовлетворения медицинской помощью.⁵¹ На удовлетворенность пациента врачом огромное влияние оказывает режим предоставления помощи, стиль врача, наличие часов вне приема, наличие именного врача, непрерывность помощи и проведение рутинных обследований.^{52 53 54 55}

2.3. Для чего необходимы реформы, сконцентрированные на ПМСП в Кыргызстане?

Многие из проблем здравоохранения, с которыми столкнулась Кыргызская Республика, могут быть решены в случае создания устойчивой системы ПМСП. В частности, подтверждением эффективности ПМСП является улучшение качества предоставляемой медицинской помощи, обеспечение справедливости, эффективности и отзывчивости системы здравоохранения. Это может быть достигнуто при укреплении службы ПМСП.

3. Реформы первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике

В 1992 году Правительство Кыргызской Республики одобрило ряд ключевых законодательных актов для создания платформ для систематических и целостных реформ здравоохранения с целями: (i) сокращения неэффективности; (ii) улучшения справедливости и доступа (в финансовом и географическом плане), и; (iii) улучшения качества.⁵⁶

В 1994 ГОДУ Правительство Кыргызской Республики одобрило программу «Здоровье для Всех», после чего последовало подписание Меморандума о взаимопонимании между Региональным Офисом ВОЗ для Европы и Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики по реализации комплексной Программы реформирования, названной Программой здравоохранения «Манас». В тот же год, в соответствии с Программой «Манас», Правительство согласилось реализовывать демонстрационный проект по медицинскому страхованию в Иссык-Кульской области при поддержке Abt.Associate при финансировании ЮСАИД.

В 1994 году Правительство Кыргызской Республики одобрило национальную политику здравоохранения, целями которой, среди прочих являются: (i) Разработка единой системы финансирования здравоохранения; (ii) Создание системы первичной медико-санитарной помощи с акцентом на семейную медицину; (iii) Сокращение больничного сектора за счет рационализации а) сельских больниц (СУБов,) путем закрытия, преобразования в амбулаторное учреждение, ли сокращения количества коек, б) специализированных больниц путем объединения с больницами общего профиля, и, Республиканских учреждений после проведения подробного обследования; (iv) Создание более справедливых систем распределения ресурсов.

В 1996 году Правительство Кыргызской Республики одобрило Национальную программу реформирования здравоохранения «Манас», а в 1999 году пересмотрело свою политику «Здоровье для всех». В 1997 году была введена система обязательного медицинского страхования (ОМС), и создан независимый Фонд Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС). В конце 1998 года ФОМС стал организацией при МЗ. Принят Закон «О финансировании здравоохранения» для разработки системы единого плательщика, которая «интегрирует финансовые ресурсы для здравоохранения из доходов государственного бюджета и отчислений на обязательное медицинское страхование с целью финансирования государственных услуг здравоохранения, лечебных медицинских услуг и лекарственных средств из единого источника.»⁵⁷

Реформы финансирования нацелены на улучшение эффективности распределения и технической эффективности путем замены системы оплаты поставщиков, основанной на постатейном распределении бюджета на подушевую оплату для вновь созданных организаций первичной медико-санитарной помощи – групп семейных врачей (ГСВ), оплату по пролеченному случаю и оплату за услуги амбулаторным специалистам.

Изменение систем оплаты потребовало организационных и правовых изменений, включая: (i) создание поставщиков с улучшением автономности управления, таких как независимых ГСВ или автономных больниц, имеющих возможность заключать договора с ФОМС; (ii) реструктуризацию ПМСП для создания ГСВ и более крупных ЦСМ в состав которых входили бы ГСВ в качестве структурных подразделений; (iii) Рационализацию амбулаторных поликлиник (для детей, взрослых и женские консультации) путем создания многопрофильных поликлиник, в качестве первого шага, для создания ЦСМ; (iv) Определение основного пакета услуг, предоставляемых ГСВ, и; (v) Разработку систем направлений и перенаправлений.

Официальная со-оплата была введена с реформами Единого Плательщика для: (i) амбулаторного лечения, предоставляемого специалистами, как в Центрах Семейной Медицины, так и амбулаторно-диагностических отделениях; и (ii) стационарной помощи в больницах.

Областные управления здравоохранения были упразднены в 2000 году согласно Постановлению Правительства КР. Это явилось частью административных реформ, реализуемых в республике. Координация деятельности организаций здравоохранения на областном уровне была возложена на областные Координационные Советы.

В 2003 году введены ключевые законы; «О системе единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики»; и; «О введении поправок и изменений к закону КР «О медицинском страховании населения КР», предусматривающие оплату страховых взносов из республиканского бюджета на обязательное медицинское страхование пенсионеров. В том же году принята «Концепция по реформированию системы финансирования здравоохранения в Кыргызской Республике до 2006 года и развитию здравоохранения до 2010 года».

Изменения в законы создали благоприятную среду для введения реформ ПМСП, первоначально в качестве пилотных в Иссык-Кульской, и затем распространились на всю страну.

Кыргызская Республика одобрила комплексный и многогранный подход к развитию службы ПМСП. Следуя реализации успешного эксперимента в реформах службы ПМСП в Иссык-Кульской области, реформы распространились на всю страну. В этом процессе развития Правительство Кыргызской Республики получило мощную поддержку со стороны донорских организаций и партнеров по развитию, таких как Всемирный Банк, Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), ЮСАИД, Швейцарское Агентство по Сотрудничеству (SDC), Министерство по Международному Развитию Великобритании (DFID), Азиатский Банк Развития (АБР), и Японское Агентство по Международному Развитию (JICA) для введения комплексной программы реформ ПМСП в решении ключевых проблем и развитии справедливой и эффективной системы здравоохранения, предоставляющей качественные услуги. До настоящего времени сотрудничество между Правительством Кыргызской Республики, партнерами по развитию и исполнительными агентствами (такими как Abt.Associate и STLI) было блестящим, развившись в «действенный подход к сектору здравоохранения в целом (SWAp)» с партнерскими организациями при тесной координации для обеспечения взаимодополнительного вклада и сокращения дублирования. (Рамка 1)

Рамка 1: Краткое изложение ключевых вкладов партнеров по развитию и исполнительных агентств

Всемирный Банк оказал поддержку двум крупным проектам в секторе здравоохранения по развитию с акцентом на финансирование здравоохранения, реструктуризацией предоставления услуг, общественное здравоохранение

ВОЗ предоставила поддержку Правительству Кыргызской Республики в разработке Стратегии здравоохранения Манас, обучении ключевых лиц, ответственных за разработку политики при помощи Проекта Анализа политики здравоохранения (ВОЗ/DFID), предоставляющего аналитическую поддержку в решениях МЗ, основанных на доказательной медицине.

ЮСАИД предоставил финансирование для двух крупных проектов по реформированию здравоохранения в Центральной Азии, реализованных Abt.Associates, а также предоставляя поддержку инициативам, руководимым AINA по созданию Совета Ректоров для реформирования медицинского образования в Центральной Азии.

Abt.Associates при финансировании DFID реализовывал многоцелевую программу реформы в Центральной Азии и оказал поддержку в обучении врачей и медсестер ПМСП, а также внедрил программы поддержки и социального маркетинга для повышения осведомленности среди граждан.

STLI руководила обучением врачей и медсестер ПМСП при помощи разработки учебных программ, обучения тренеров и курирования местных тренеров для обучения профессионалов ПМСП. Кроме этого STLI оказала поддержку в разработке руководств, основанных на доказательной медицине в ПМСП.

SDC оказало поддержку в реализации высоко успешных программ развития ПМСП на уровне сообществ с уделением особенного внимания на планирование и реформу здравоохранения с участием местного населения.

DFID Великобритании обеспечивает финансирование, среди прочих, Проекта человеческих ресурсов в ПМСП, а также Проекта Отдела по анализу политики здравоохранения (ВОЗ/DFID).

3.1. Организационные изменения

Реструктуризация службы ПМСП началась в 1995 году в Иссык-Кульской области с переобучения врачей службы ПМСП (см.раздел по обучению), ремонта и оснащения центров ГСВ, создание групп семейных врачей во всей сельской местности. Реформы были поддержаны ЮСАИД и реализованы в рамках Проекта ЗдравРеформ, возглавляемого Abt.Associates. К 1996 году было переобучено достаточное количество врачей ГСВ для 83 ЦСМ, которые начали проведение приписной кампании для регистрации пациентов. Реформа службы ПМСП охватывали как сельские, так и городские районы. В городских районах рационализация трехсторонней поликлинической структуры в единые и интегрированные поликлиники, заполненные ГСВ, началась в 1996 году.

В 1996 году Правительство Кыргызской Республики получило помощь от Всемирного Банка на поддержку реализации Программы реформирования

сектора здравоохранения «Манас». Четырехлетний Проект реформирования сектора здравоохранения (с 1996 по 2000 год) был нацелен на расширение реформ в службе ПМСП для Бишкека и Чуйской области. В 1997 и 1998 году реформы службы ПМСП, поддержанные ЮСАИД и Всемирным Банком, были распространены на Чуйскую, Джалал-Абадскую и Ошскую области и г.Бишкек. В период с 1998 по 1999 годы ГСВ в Чуйской области и г.Бишкек начали проведение приписной кампании. В 1998 году частичное фондодержание было введено в 14 ГСВ в Иссык-Кульской области, а в городе Бишкек введена схема подушевой оплаты. В 1999 году в рамках Проекта реформирования социального сектора, Азиатский Банк Развития (АБР) далее расширил реформы службы ПМСП на две южные области.

В качестве компромисса, кроме Центров ГСВ были созданы Центры Семейной Медицины (ЦСМ) для того, чтобы предоставить возможность для специалистов узкого профиля, работающих в городских поликлиниках остаться на уровне ПМСП. В отдаленных сельских областях были созданы ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты) для обслуживания населения численностью от 500 до 2000 человек.

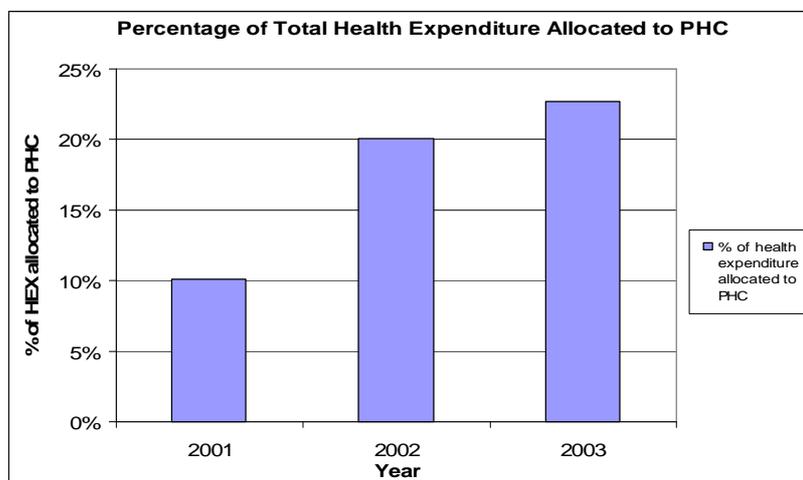
ЦСМ являются крупнейшими амбулаторными учреждениями здравоохранения, в которых работает 10-20 специалистов. Их объем работ варьируется от общей помощи до специализированной помощи и инструментальной диагностики, тем самым, объединяя услуги первичной помощи и вторичной амбулаторной помощи. Сотрудниками ЦСМ являются специалисты узкого профиля, но ЦСМ также включают в себя ГСВ.

ГСВ являются основными поставщиками ПМСП, для предоставления комплексной ПМСП и обычно состоят из трех-пяти врачей, включающих врачей общей практики, педиатров и акушера-гинеколога, от трех до пяти медсестер, и практикующего руководителя, хотя и эти показатели отличаются в зависимости от области и ГСВ. В ГСВ работают врачи, прошедшие переобучение (или проходящие переобучение) в качестве семейных врачей. Существует две организационные формы групп семейных врачей (а) независимые и автономные; (b) в составе ЦСМ. ГСВ необходимо выполнить критерии по лицензированию и аккредитации, прежде, чем они смогут заключить контракт на ОМС.

3.2. Изменения в системах финансирования, распределения ресурсов и оплаты поставщиков в ПМСП

Помимо региональных неравенств в распределении ресурсов, в системе здравоохранения Кыргызстана существовала также неэффективность в распределении ресурсов по уровням помощи. В 1994 году 7% от общего бюджета здравоохранения выделено на службу ПМСП, увеличившись до 10,3% в 1995 году по сравнению с 71,7%, выделенным больницам. К 2003 году доля финансирования службы ПМСП увеличилась почти до 25%, тогда как для больниц она сократилась до 56,8% от общих расходов на здравоохранение. (Рисунок 2)

Рис.2. Доля общих расходов здравоохранения, выделяемых на ПМСП



Источник: Министерство здравоохранения, Фонд Обязательного Медицинского Страхования

Введена система Единого Плательщика – решая проблему существовавшей фрагментированности – следуя успешному эксперименту в Иссык-Кульской области. ФОМС и его территориальные управления в настоящий момент заключают контракты с поставщиками ПМСП, и оплачивают им за услуги, предоставляемые ими застрахованным гражданам и льготным категориям. ФОМС использует доходы от налога на фонд оплаты труда, собираемые на национальном уровне, и ТУ ФОМС использует налоговые доходы, собранные на местном уровне.

ЦСМ и ГСВ (включая ФАПы) оплачиваются подушевые отчисления за каждого пациента, зарегистрированного в них, от ТУ ФОМС. Подушевое отчисление покрывает заработную плату сотрудников ГСВ, базовое медицинское оборудование и лекарственные средства. В настоящий момент обсуждается запланированный переход к частичному фондодержанию (при котором семейным врачам будет дан бюджет для закупки специализированных амбулаторных услуг).

Программа государственных гарантий, также известная как гарантированный государством базовый пакет услуг, для всего населения введена в 2000 году. Программа определяет услуги здравоохранения и права различных категорий населения. Программа государственных гарантий предоставляет бесплатные услуги службы ПМСП всем гражданам, независимо от их страхового статуса и приписки в качестве гарантированного государством Пакета услуг. Граждане, не охваченные системой ОМС, подлежат оплате более высокой со-оплаты за услуги по сравнению с застрахованными пациентами.

Граждане, застрахованные в ФОМС, получают дополнительные гарантии доступа к амбулаторному пакету лекарственных средств, обеспечивающему определенные лекарства по сниженным ценам.

Из аккумулированных средств областных бюджетов оплачиваются полные расходы на лечение для лиц, включенных в льготную категорию, и которым не надо вносить со-оплату за услуги. Полный пакет финансируется за счет налогов на фонд заработной платы, собираемых Социальным Фондом и передаваемых в ФОМС, а также трансфертов из Республиканского бюджета ФОМС. **(Ошибка! Источник ссылки не найден.)**

Рис.3. Программа Государственных Гарантий



Источник: Кацин, 2003г.

Так же как и система Единого Плательщика официальная со-оплата была введена постепенно: первоначально в Иссык-Кульской и Чуйской областях в 2001 году; Таласской и Нарынской в 2002 году; Жалал-Абадской и Баткенской областях в 2003 году, и; в Ошской области и г.Бишкек в 2003/04 году.

Министерство здравоохранения теперь устанавливает уровень со-оплаты, основанный на политике со-оплаты, введенной в 2003 году.⁵⁸ Уровни со-оплаты для специализированной амбулаторной помощи отличаются по типу предоставляемой услуги. Для стационарного лечения пациенты оплачивают фиксированную сумму за госпитализацию. Уровень со-оплаты зависит от статуса застрахованности и предоставляемой услуги. Например, госпитализация с целью проведения хирургических вмешательств привлекает более высокую со-оплату по сравнению с госпитализацией больных терапевтического профиля. Со-оплата, внесенная застрахованными пациентами, за услуги (например, амбулаторных специалистов и стационарное лечение) при имеющемся направлении, ниже по сравнению с оплатой, вносимой незастрахованными пациентами. Пациенты, пользующиеся помощью амбулаторных специалистов и стационарным лечением без направлений, вносят более высокую со-оплату по сравнению с пациентами с направлениями.

Некоторые группы населения полностью или частично освобождены от уплаты со-оплаты. Поставщики получают более высокую оплату от ФОМС за лечение освобожденных от уплаты пациентов. Таким образом у них отсутствуют стимулы для отдачи предпочтения пациентам, которые в состоянии внести со-оплату. К этим группам населения относятся пенсионеры с низким доходом, пациенты с онкологическими заболеваниями, пациенты с туберкулезом и ветераны Великой Отечественной Войны. Больницы накапливают резервный Фонд для предоставления освобождения от уплаты для тех, кто не может оплатить.

Помимо официальной личной со-оплаты существуют полуофициальная оплата за расходные материалы (например, лекарственные средства и медицинские принадлежности), неофициальная оплата пациентом или нелегальная оплата, плата, взимаемая частными поставщиками за услуги здравоохранения за товары и услуги (наибольшую категория которых составляют лекарственные средства). Вся вместе взятая оплата составляет более 50% от общих расходов здравоохранения.

3.3. Изменения в предоставлении услуг

Кроме государственных гарантий, которые оговаривают ключевые услуги, предоставляемые населению, произошло положительное движение в направлении улучшения качества услуг за счет разработки и внедрения руководств, основанных на доказательной медицине. Руководства также помогают установить координацию первичного и вторичного уровней медико-санитарной помощи путем определения порогов для направлений.

Рационализация третичных поликлинических структур в единые ГСВ и ЦСМ создала благоприятную среду для предоставления целостной помощи для пациентов, мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактических мероприятий. Изменения в предоставлении услуг будут подробно проанализированы в следующей главе.

3.4. Развитие человеческих ресурсов в ПМСП

3.4.1. Обучение семейных врачей

Семейная медицина была признана как специальность в Кыргызстане в 1997 году в рамках реформы службы ПМСП, как ключевой элемент программы «Манас». Обучение семейной медицине успешно введено в Кыргызстане с 1998 года. Существует несколько программ обучения, относящихся к семейной медицине и обучению медсестер ГСВ.

Национальные усилия, поддержанные международной технической помощью, были нацелены на институционализацию обучения семейной медицине на пяти уровнях: (1) додипломное обучение студентов медицинских ВУЗ; (2) постдипломное обучение – двухгодичная ординатура для врачей - выпускников медицинских ВУЗ; (3) программа переобучения для врачей, практикующих в качестве врачей общей практики; (4) непрерывное медицинское образование (НМО) для преподавателей по СМ, и для практикующих семейных врачей и медсестер (5) и программа степени бакалавра для медсестер ПМСП.

Первоначально были разработаны несколько краткосрочных программ для начала процесса обучения по СМ. Эти краткие программы были постепенно усовершенствованы в качестве курсов переобучения и специализированных программ для врачей-ординаторов по СМ и программы бакалавров для медсестер.

В 1997 году введена годовая программа обучения тренеров по СМ. Программа включала как теоретические, так и практические элементы, и ее проводят обученные американские семейные врачи, и она поддерживается ЮСАИД и Всемирным Банком. Тренеры получили обучение в Центре непрерывного медицинского образования в Бишкеке. Большинство тренеров, прошедших обучение, в настоящее время работают либо в национальной системе центров обучения семейной медицине, связанной с Центром непрерывного образования медицинских работников или Кыргызской Медицинской Академии. К 2003 году 63 врача были обучены в качестве тренеров по СМ.

Отличная четырехмесячная программа переобучения врачей, работающих в первичном звене медико-санитарной помощи в качестве семейных врачей, введена в 1998 году при поддержке ЮСАИД (через Проект реформы здравоохранения ЗдравПлюс) и Всемирного Банка. Программа является практической, а содержание обучения отражает местные потребности: и была разработана со значительным участием со стороны местных тренеров при кураторстве со стороны международных экспертов. Обучение проводится в основном местными тренерами по СМ, но при периодическом прямом участии семейных врачей, обученных в США. Кроме этого двухмесячная программа обучения разработана для медсестер.

В 1998 году, как в Кыргызской Государственной Медицинской Академии, так и в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации начались отдельные программы клинической ординатуры по семейной медицине. В 2001 году при помощи ЗдравПлюс и АИНА, эти два учреждения разработали совместную национальную программу ординатуры по семейной медицине в Бишкеке. Программа рассчитана на 50 ординаторов в год. Как в 2003, так и 2004 году программу закончили 42 ординатора. Количество новых заявителей на программу сократилось с тех пор, вероятно, ввиду низкого статуса семейных врачей, и неопределенности с недостаточными уровнями дохода по окончании программы. Программа обучения ординаторов была открыта в г. Ош в сентябре, 2004 года, и на первом занятии присутствовали 23 ординатора: количество, равное количеству, обучавшемуся в г.Бишкек.

На сегодняшний день обучение по специальности «СМ» по четырехмесячной программе обучения для врачей, работающих в службе ПМСП, прошли 2 200 врачей.³⁴ Обучение, начавшееся в Бишкеке, Иссык-Кульской и Чуйской областях в 1998 году успешно распространено на Ошскую, Баткенскую, Жалал-Абатскую, Нарынскую и Таласскую области, и планируется, что к концу 2005 года будет охвачено 2 700 семейных врачей и 4 000 медсестер. (0 и 0)

Рис.4. Количество врачей, переобученных по специальности семейный врач

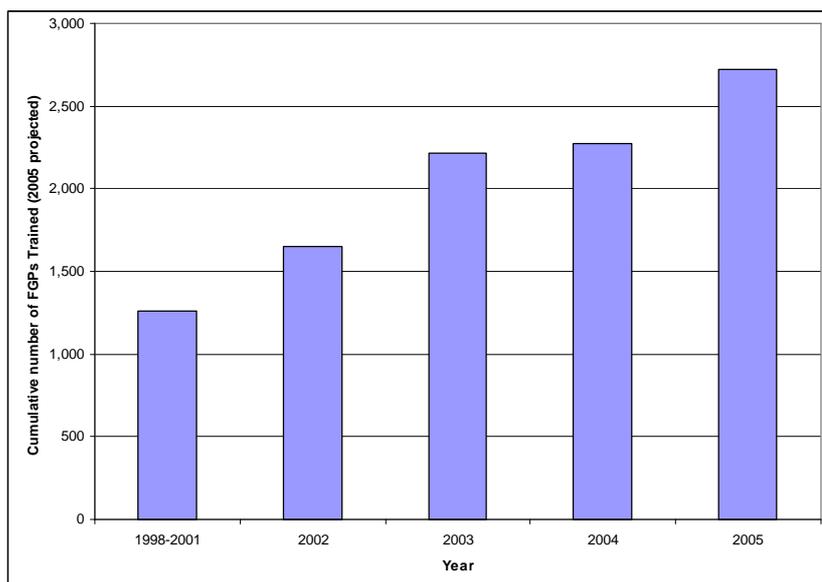
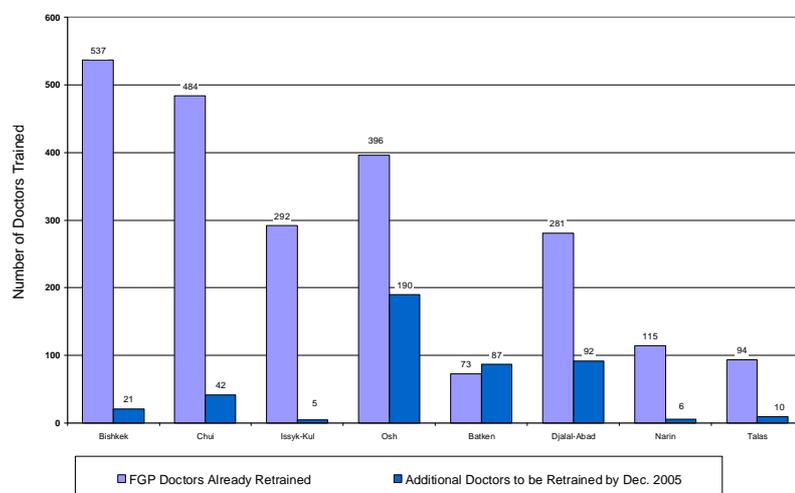


Рис.5. Количество врачей, обученных как врачи ГСВ (всего) по областям



К концу 2004 года около трех четвертей врачей и медсестер в стране были обучены в качестве семейных врачей и семейных медсестер. Акцент обучения СМ в настоящее время смещается в сторону улучшения и распространения национальной программы непрерывного медицинского образования для семейных врачей и семейных медсестер. 1000 врачей и 1400 медсестер, вовлеченных в настоящее время в систему ЦНМО, получают постоянное обучение на ежегодной основе от тренеров по семейной медицине, связанных с Центром непрерывного медицинского образования. Эта новая система ЦНМО, начавшаяся в Иссык-Кульской области в 2001 году, была распространена в 2004-2005 году и включила 3 пилотных района в Ошской и Чуйской областях, и всех врачей ГСВ в других областях. В 2005 подобная программа ЦНМО начнется для врачей ГСВ в городах Бишкек и Ош.

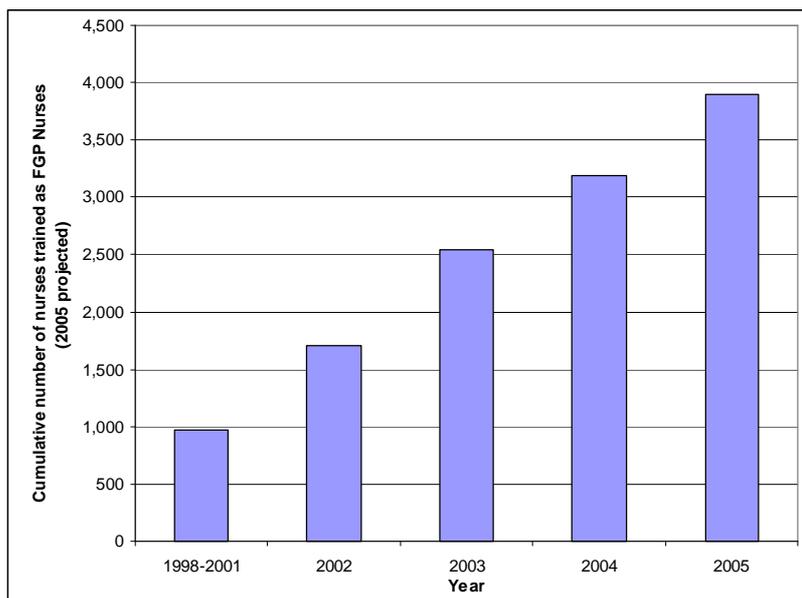
3.4.2. Обучение медсестер

Переобучение медсестер семейной медицине началось в 1998 году. Медсестры являются важной частью новой модели ГСВ, стимулирующей работу в команде и более широкую роль семейной медсестры. До введения реформ семейной медицины медсестры играли очень простую роль – действовали в качестве ассистентов врачей при чрезвычайно ограниченном уровне компетенции, у них была очень низкая мотивация или стимулы для независимой практики. У них не было доступа к базовому оборудованию, которое бы позволило проводить оценку и подготовку пациентов независимо до их консультации с врачами или выполнения функции сортировки. Однако программы обучения нацелены на улучшение компетенции медсестер, что позволило бы им расширить объем услуг, предоставляемых ими в команде по семейной медицине.

Годичное обучение тренеров семейных медсестер началось в 1997 году. Обучение проводится в Кыргызском медицинском институте постдипломного образования и поддерживается Проектом ЗдравПлюс, финансируемым ЮСАИД. К 2003 году по программе обучения тренеров семейных медсестер обучено 64 медсестры. Как и в программе обучения тренеров для семейных врачей, программа обучения тренеров для медсестер была распространена на медсестер соседних стран для обучения восьми медсестер из Таджикистана, шести из Кыргызстана и трех из Узбекистана.

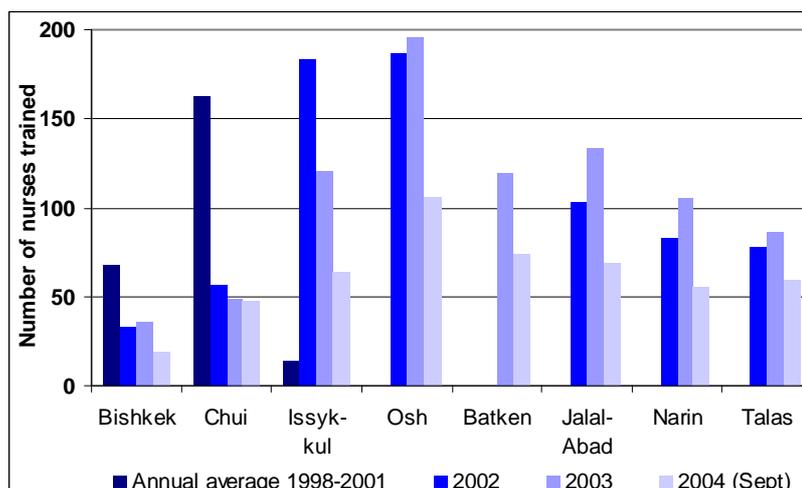
В 1998 году Медицинский институт постдипломной подготовки начал программу по переобучению медсестер, работающих на уровне ПМСП в качестве семейных медсестер для работы в ГСВ. Обученные тренера семейных медсестер работают в центрах обучения семейной медицине в областях и вовлечены в программу переобучения медсестер ГСВ в селах и городах. С 1998 по 2004 годы более 3 200 медсестер прошли обучение в качестве семейных медсестер (06). Общая цель состоит в обучении 3 700 медсестер к концу 2005 года.

Рис.6. Количество медсестер, обученных по специальности семейная медсестра (всего)



Обучение медсестер началось в Иссык-Кульской и Чуйской областях и постепенно распространилось на другие области. Обученные медсестры хорошо распределены по областям (0)

Рис.7. Количество обученных медсестер (с 1998 по 2004 годы по областям)



Увеличение количества специалистов по семейной медицине и количества обученных семейных медсестер происходит на фоне сокращения количества врачей и медсестер в Кыргызстане в целом.

3.5. Развитие профессиональных ассоциаций

Ассоциация Групп Семейных Врачей и Ассоциация больниц были созданы в 1997 году. Ассоциация ГСВ играет ограниченную роль в мероприятиях по лицензированию и аккредитации, однако играет важную защитную роль в информировании ключевых заинтересованных сторон на разных уровнях о выгодах реформ. Ассоциация Групп Семейных Врачей активна в лоббировании парламентариев.

АГСВ тесно сотрудничает с МЗ в разработке законов здравоохранения и участвует в вопросах, связанных с действиями поставщиков ПМСП. А также играет важную роль в распространении информации о реформах здравоохранения для семейных врачей и медсестер ГСВ путем обучения сотрудников учреждений здравоохранения, через их веб-сайт, бюллетени и другие публикации, а также конференции.

В 2003 году АГСВ стала членом Всемирной Ассоциации Семейных Врачей (WONCA)

3.6. Связь с населением

В результате реформ ПМСП граждане, которые ранее подчинялись районному врачу на основании места жительства, теперь имеют выбор групп семейных врачей в городской местности, однако в сельской местности, ввиду недостаточного количества поставщиков, они подчиняются ГСВ в рамках участковых границ. Граждане могут менять группы по прошествии каждого ежегодного регистрационного периода. Группы, привлекающие большее число пациентов, получают больше подушевых средств, и поэтому имеют стимулы в предоставлении услуг высокого качества и дружелюбных для пользователя для привлечения пользователей.

Существуют хорошие примеры инициатив, которые успешно вовлекли сообщество на местном уровне в процесс принятия решений относящихся к ПМСП. Например, Кыргызско-Швейцарский Проект по поддержке реформ здравоохранения провел обследования для понимания мнений пользователей об услугах здравоохранения⁵⁹, политики со-оплаты⁶⁰, а также доступа и качества ПМСП.⁶¹ Кыргызско-Швейцарский Проект по поддержке реформ здравоохранения успешно разработал модель, которая позволяет сообществу принимать участие в принятии решений и определении приоритетов. Данная модель укрепления здоровья при помощи действий сообщества (Жумгальская модель) позволяет сельским сообществам самим анализировать свои приоритеты по здравоохранению и создавать комитеты здоровья для добровольной работы по улучшению здоровья в своих селах. Модель разработала процесс, при котором проблема со здоровьем в селе определяется самими населением, поддерживается обученными сотрудниками ГСВ/ФАПа, а затем при помощи действий сообщества с участием комитета здоровья определяется ее решение. Удачно реализованы несколько мероприятий по формированию здорового образа жизни.⁶²

Организационные реформы и реформы ПМСП также привели к принятию решений в системе здравоохранения с более активным участием заинтересованных сторон. Теперь в каждой области существует большое количество заинтересованных сторон, вовлеченных в принятие решений, включая:

(i) областного губернатора; (ii) областной наблюдательный совет; (iii) Территориальное Управление Фонда Обязательного Медицинского Страхования (ТУ ФОМС); (iv) Областную Объединенную Больницу (ООБ), ответственную за стационарное лечение; (v) Амбулаторное отделение (АДО) больницы; (vi) Областную санитарно-эпидемиологическую службу (СЭС); (vii) Областной Центр укрепления здоровья; (viii) ЦСМ, и; (ix) Областной медико-информационный центр.⁶³

На районном уровне существует схожая группировка заинтересованных сторон с: (i) акимом (главой района); (ii) территориальной больницей (ТБ); (iii) АДО; (iv) ЦСМ, включая ГСВ; (v) Районными санитарно-эпидемиологическими службами; (vi) Районным советом здоровья, который представлен группами сельских советов здоровья, и; (vii) межотраслевыми советами чрезвычайной и противоэпидемической комиссии.

На уровне сел основные заинтересованные стороны, вовлеченные в принятие решений, состоят из: (i) главы группы сел (айыл окмоту); (ii) ГСВ, имеющих прямые контакты с ТУ ФОМС; (iii) ФАПов, сотрудниками которых являются фельдшера и/или медсестры/акушерки; (iv) сельские советы здоровья в Нарынской области.⁶⁴

4. Воздействие реформ в службе ПМСП на предоставление услуг и задачи системы здравоохранения

4.1. Доступ к первичной медико-санитарной помощи

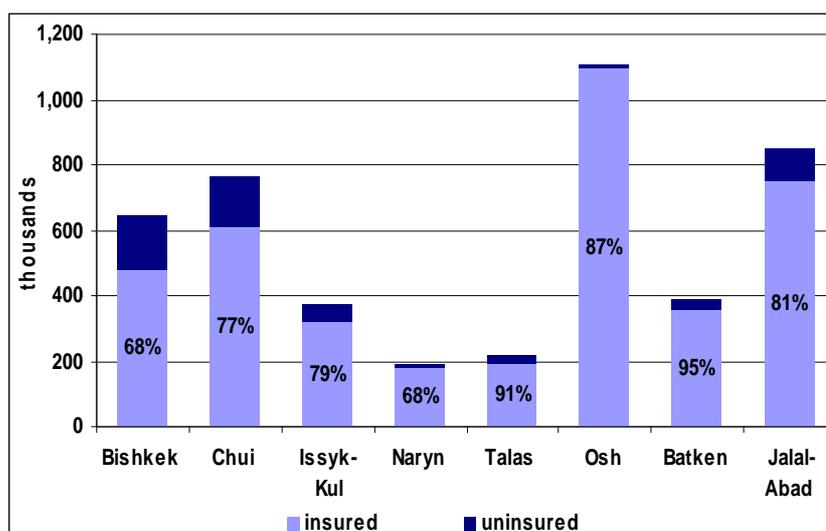
4.1.1. Охват

В результате реформ здравоохранения охват и доступ к службе ПМСП улучшились. Программа Государственных Гарантий предлагает бесплатные услуги на первичном уровне для всех граждан, независимо от их статуса застрахованности и приписки. Граждане, застрахованные ФОМС, получают дополнительные гарантии на ПМСП через доступ к амбулаторному пакету лекарственных средств, обеспечивающему определенные лекарства по сниженным ценам. Кроме этого, застрахованные граждане получают более низкую со-оплату при направлении на лечение.

Охват ФОМС увеличился, начиная с 2001 года, и в настоящий момент составляет около 80% населения.

В 2003 году 98.2% населения было приписано к ГСВ, хотя и уровень застрахованности был разным по областям. (Рисунок 8)

Рис. 8. Количество населения, приписанного к ГСВ по областям в 2003 году



Несмотря на то, что в 2003 году около 18% населения не имело медицинского страхования, почти 100% населения, застрахованного ФОМС, было приписано к ГСВ.

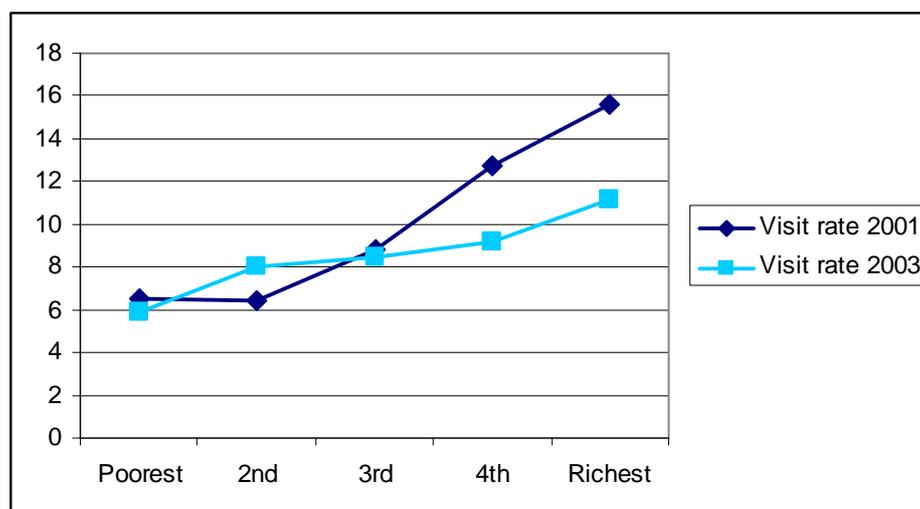
4.1.2. Доступность

Доступность к ЦСМ хорошая, за исключением сельских и горных районов, где доступ может быть слишком затруднен. Организации первичной медико-

санитарной помощи расположены вблизи от домов пациентов, при среднем расстоянии в 1-2 км. (Рисунок 19). Для большинства пациентов (73%) время, затраченное на поездку в ближайшую организацию здравоохранения, составляет менее получаса.⁶⁵

Оценка использования медицинских услуг по социально-экономическому статусу показывает значительное улучшение равенства в уровнях использования специалистов первичной и вторичной помощи за период с 2000 по 2003 годы. На Рисунке 9 кратко приводится этот вывод. Темная линия показывает распределение амбулаторных посещений (первичная помощь + амбулаторная специализированная помощь) по квинтильным группам расходов. Она показывает, что в 2001 году самые состоятельные 20% населения использовали амбулаторные услуги в два раза чаще по сравнению с 20% наименее обеспеченного населения. Существовало значительное социально-экономическое неравенство в распределении использования. К 2003 году уровень посещений в целом 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 квинтильной группы второй по доходам. В целом распределение использования показывает значительное увеличение социально-экономического равенства в этот период времени.

Рис. 9. Распределение посещений (первичная помощь + амбулаторный специалист)



Источник: Якаб и др., 2005 год. «Кто выигрывает от кыргызской системы единого плательщика: анализ охвата государственными расходами» на стадии подготовки)

4.1.3. Экономическая доступность медицинской помощи

Ключевой характеристикой реформ здравоохранения Кыргызской Республики является бесплатная первичная медико-санитарная помощь для всех граждан КР, независимо от статуса их застрахованности, в рамках ПГГ. Эта политика является великолепным вкладом в экономическую доступность услуг системы здравоохранения. Однако населению необходимо внести со-оплату за помощь амбулаторного специалиста, предоставляемую в ЦСМ и больничных амбулаторных отделениях. Застрахованные пациенты получают лекарственные средства по Дополнительной лекарственной программе по низкой цене при покупке в аптеках, имеющих контракт с ФОМС. В этом разделе мы определяем,

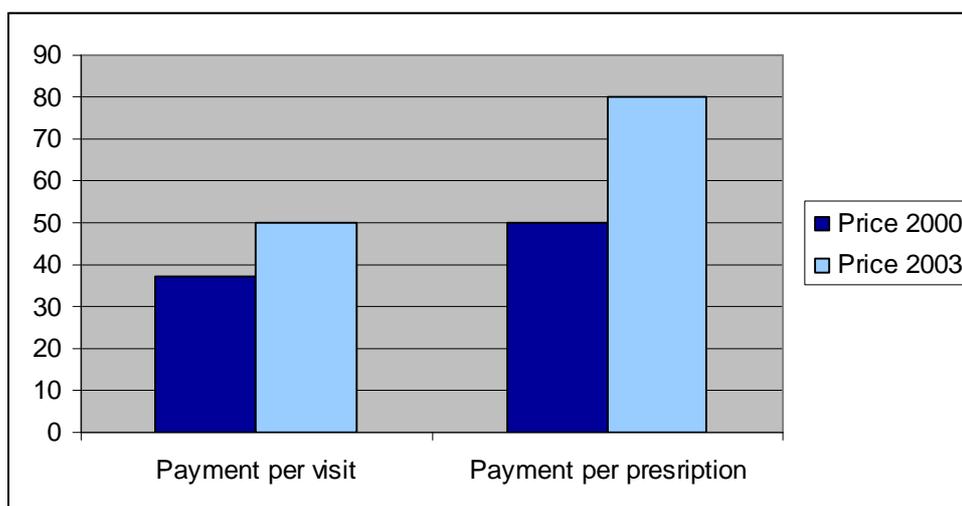
насколько эти изменения в стоимости помощи повлияли на экономическую доступность первичной помощи.

На ранней стадии переходного периода не существовало достаточных доказательств о широком использовании неформальной оплаты в условиях ПМСП. Однако в последние годы все более усиливается доказательство об увеличении неформальных выплат на первичном уровне, особенно в городах.

Мы проверили это утверждение с использованием данных обследования бюджетов домохозяйств за 2000 и 2003 годы. На Рисунке 10 кратко изложены наши выводы. Сумма, оплачиваемая за амбулаторное посещение очень низкая. В 2000 в среднем оплата составляла 30 сом за посещение, которая увеличилась до 50 сом или на 37% к 2003 году. Эта сумма включает как неформальную оплату, так и официальную со-оплату за помощь специалиста. Эта сумма низкая и маловероятно станет сдерживающим фактором для использования первичной помощи. Темпы роста личных выплат на первичном уровне намного ниже роста личных выплат в системе здравоохранения в целом за этот срок, составившие 50%.

С другой стороны, расходы на лекарственные средства на амбулаторном уровне показывают более значительное увеличение за этот период времени. В 2000 году пациенты оплачивали 50 сом в среднем за рецепт, и эта сумма увеличилась почти на 60% до 80 сом к 2003 году. Как описано М. Якаб и А. Темировым в Документе исследования политики ПАПЗ №29, расходы на лекарственные средства являются самым высоким компонентом личных расходов на здравоохранение. Несмотря на то, что рецепт на 50-80 сом выглядит небольшим, для домохозяйств с пациентами с хроническими заболеваниями затраты могут представлять высокое финансовое бремя. Этот вопрос заслуживает дальнейшего исследования. (0)

Рис. 10. Личные выплаты, приходящиеся на 1 посещение и на 1 рецепт



Источник: HBS 2001, KHS 2004; расчет сотрудников ВОЗ

4.2. Предоставление услуг первичной медико-санитарной помощи

Недавняя оценка реформ в области СМ в Кыргызстане, финансируемое Всемирным Банком, обследовало 100 организаций в службе ПМСП и 200 врачей в

Иссык-Кульской области, г.Бишкек и Ошской области (продвинутая, промежуточная и ранняя стадии реформ).⁶⁶ В исследовании сделан вывод, что все обследованные организации в службе ПМСП предоставляли общие медицинские услуги, общие педиатрические услуги, проводили профилактические педиатрические осмотры и услуги по иммунизации, из них 90-98% осуществляли антенатальное наблюдение, услуги по планированию семьи и формированию здорового образа жизни. Услуги по иммунизации поливакциной (дифтерия, коклюш, столбняк) и вакциной против полиомиелита и кори предоставлялись во всех исследуемых организациях в службе ПМСП.

Более 90% ГСВ предоставляли услуги для пациентов с общими хроническими заболеваниями, а именно: диабетом, астмой, хроническим заболеванием сердца и гипертонией. ГСВ регионов с более продвинутыми реформами чаще предоставляла услуги по психическому здоровью (88%) по сравнению с регионами, где реформы были на промежуточной и ранней стадиях. Это отличие было статистически значимым. Практически все ГСВ предоставляли услуги по лечению острых респираторных и диарейных заболеваний. Около 80-90% ГСВ предоставляли услуги по туберкулезу и инфекциям, передаваемым половым путем, но лишь 30-40% предоставляли услуги для ВИЧ - инфицированных пациентов.

Базовое медицинское оборудование, обычно используемое в службе ПМСП присутствовало в большинстве ГСВ. У большинства ГСВ имелись жизненно-важные лекарственные средства, используемые для лечения неотложных случаев, обычно встречающихся на уровне ПМСП.

Клинические протоколы, основанные на доказательной медицине, а также руководства по интегрированному ведению болезней детского возраста и лекарственной терапией под прямым наблюдением врача, с большей частотой использовались ГСВ в продвинутых по реформам регионах по сравнению с областями с промежуточной и начальной стадией реформ.⁶⁹

4.2.1. Профиль задач врачей, работающих в ПМСП

Семейные врачи, работающие в службе ПМСП, чаще всего не выполняли многих процедур, выполняемых семейными врачами в странах Западной Европы и Северной Америки. В Кыргызстане эти процедуры выполнялись специалистами узкого профиля, такими как ЛОР-врачи, хирурги, хирурги-ортопеды и офтальмологи. Семейные врачи и врачи службы ПМСП на Иссык-Куле чаще использовали медицинское оборудование по сравнению с семейными врачами из менее продвинутых в реформах областей.⁶⁹

4.2.1.1. Функция первого контакта при наиболее распространенных состояниях

Опрошенным врачам службы ПМСП был представлен список 27 наиболее часто встречающихся проблем на первичном уровне, и на которые семейный врач должен был предпринять определенные действия в качестве первого контактного лица, а также решить проблему. Семейные врачи на Иссык-Куле действовали в

качестве первого контакта и управляли проблемой более часто по сравнению с врачами из г.Ош и г.Бишкека. Эти различия были статистически значимыми.⁶⁹

4.2.1.2. Формирование здорового образа жизни и профилактика заболеваний

Оценка степени вовлеченности врачей службы ПМСП в формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний показала, что врачи в Иссык-Кульской области в большей мере вовлечены в процесс формирования здорового образа жизни и реализацию мероприятий по профилактике заболеваний по сравнению с врачами городов Бишкек и Оша.

Семейные врачи в Иссык-Кульской области и г.Бишкек чаще (80-85%) занимались мероприятиями по формированию здорового образа жизни по сравнению с врачами службы ПМСП в Ошской области (50-55%), и эта разница была статистически значимой ($p < 0.001$).

Что касается санитарного просвещения и мероприятий по профилактике заболеваний у детей, различия были статистически значимыми ($p < 0.01$): более 90% врачей в Иссык-Кульской и Ошской областях чаще проводили мероприятия по наблюдению за развитием детей, чем врачи г. Бишкек (всего 50-60%), что вероятнее всего, отражало нежелание переобученных терапевтов и гинекологов смотреть за детьми, особенно, когда есть готовые специалисты.

Доля врачей, предоставляющих услуги по планированию семьи, антенатальному и интранатальному уходу варьировала. Семейные врачи из Иссык-Кульской области чаще предоставляли эти услуги по сравнению с врачами из г.Бишкек и г.Ош. Различия между Иссык-Кульской областью и г.Бишкек были статистически значимыми. ($p < 0.01$). Лишь небольшая доля врачей (30-45%) предоставляла интранатальный уход.⁶⁹

4.2.1.3. Управление хроническими заболеваниями

Семейные врачи из Иссык-Кульской области более часто принимали участие в управлении 17 распространенными хроническими состояниями, часто управляемыми в условиях ПМСП в странах ОЭСР по сравнению с врачами из г.Бишкек и г.Ош. Различия в участии были статистически значимыми ($p < 0.01$). К этим состояниям относились, среди прочих, ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, диабет, хронический бронхит, пневмония, ревматоидный артрит, депрессия, острое нарушение мозгового кровообращения, язвенный колит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.⁶⁹

4.2.1.4. Удовлетворенность работой

Большая часть опрошенных врачей согласилась, что заинтересованы в своей работе, а также испытывают удовлетворение. Эта доля была схожа для семейных врачей в Иссык-Кульской области и врачей из г.Бишкек и г.Ош, и различия не были статистически значимыми.

Всего 30-50% опрошенных врачей думали о соответствии степени усилий вознаграждению за работу. Одинаковая доля думала, что большинство их усилий были потеряны напрасно. Большинство врачей настоятельно или более менее согласились с фактом, что их работа перегружена ненужными административными обязанностями. Большинство врачей, если бы им представилась возможность, ушли бы со своей должности и выполняли бы немедицинскую работу.⁶⁹

4.3. Влияние, оказываемое дополнительными услугами на функции ПМСП

Проведен анализ имеющихся данных Фонда Обязательного Медицинского Страхования по больничным направлениям и госпитализациям за период с 2001 по 2003 год с целью определения улучшения ключевых функций ПМСП, сконцентрированной на семейной медицине, таких как: первого контакта с пациентом, его перенаправления, комплексность и непрерывность.

4.3.1. Первый контакт с пациентом и его перенаправление

Анализ концентрировался на общем количестве направлений из ГСВ в больничные АДО (доля от общего количества) и необоснованных госпитализаций для распространенных острых клинических состояний, управляемых в организациях службы ПМСП семейными врачами – к примеру, госпитализаций при острых ЛОР-заболеваниях, инфекциях мочеполового тракта, и инфекциях нижних дыхательных путей у детей.

Результаты явно указывают на улучшение функции первого контакта и сортировки больных службы ПМСП, в результате внедрения семейной медицины и значительного смещения медико-санитарной помощи от вторичного к первичному звену. В течение 2001-2003 года количество направлений на граждан, приписанных к ГСВ, и госпитализаций, инициированных ГСВ, сократилось как доля от общего количества госпитализаций, указывая на улучшение функции сортировки больных. (0 и 0).

Рис.11. Число направлений в больницу на гражданина, приписанного к ГСВ

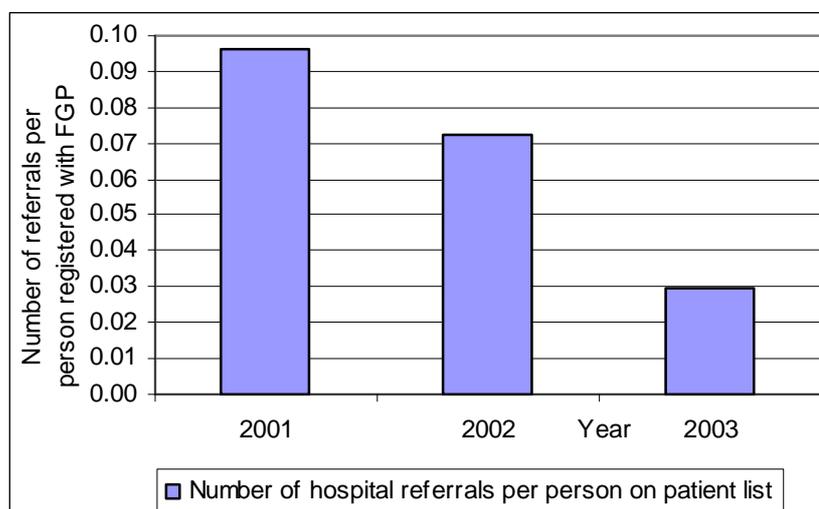
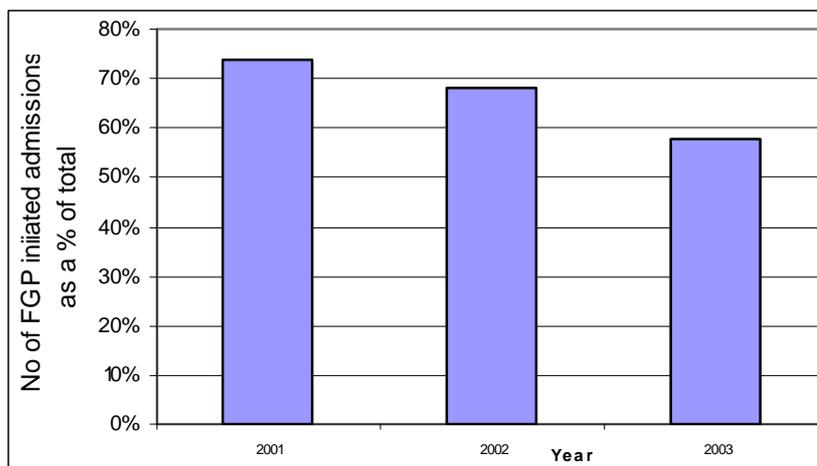
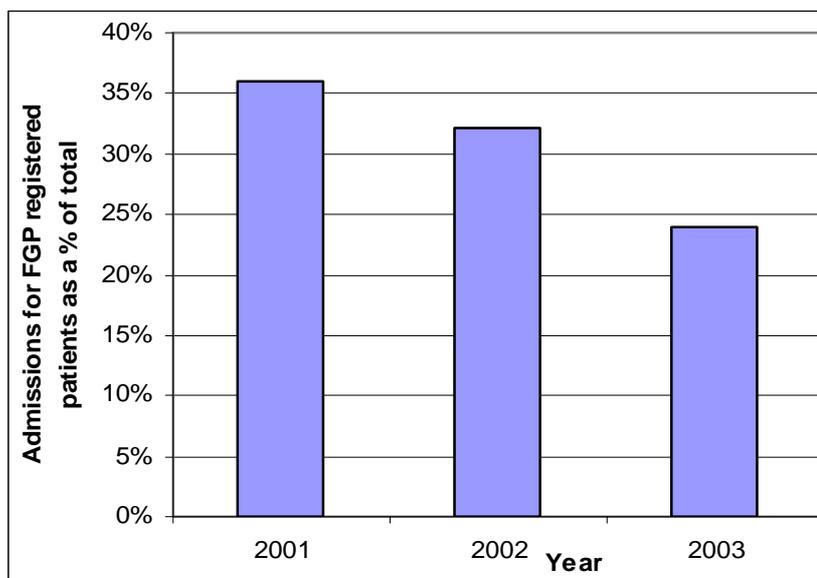


Рис. 12. Госпитализации, инициированные ГСВ, как доля в общем количестве госпитализаций (2001-2003г.)



За тот же период количество госпитализаций для пациентов, приписанных к ГСВ, по сравнению с общим количеством сократилось: указывая на улучшение потенциала ГСВ в разрешении проблем на уровне ПМСП. (0).

Рис. 13. Госпитализация пациентов, приписанных к ГСВ в % от общего числа госпитализаций



В значительной степени анализ данных демонстрирует, что ГСВ более эффективно управляют основными распространенными острыми состояниями на первичном уровне. За трехлетний анализ общее число направлений и уровень направлений в связи с инфекциями нижних дыхательных путей и ЛОР-органов сократилось почти на 50 процентов⁶⁹ (Данные не приводятся).

4.3.2. Непрерывность и комплексность лечения: управление общими хроническими заболеваниями

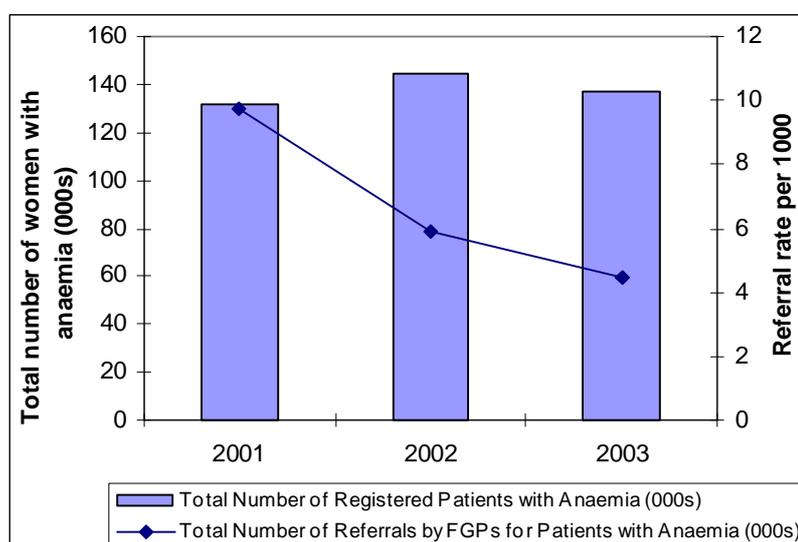
Параллельно с расширением объема услуг, предоставляемых для управления острыми состояниями, семейные врачи также успешно увеличили объем и

уровень услуг для управления распространенными хроническими заболеваниями. Для большинства этих хронических заболеваний введены руководства, основанные на доказательной медицине, для улучшения управления на первичном уровне и сокращения больничных направлений - тем самым, улучшая функцию непрерывности и комплексности ПМСП.⁶⁹

Влияние такой дополнительной услуги явно отражается на управлении гипертонией, инсулин независимым диабетом, астмой, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, анемии и сердца.

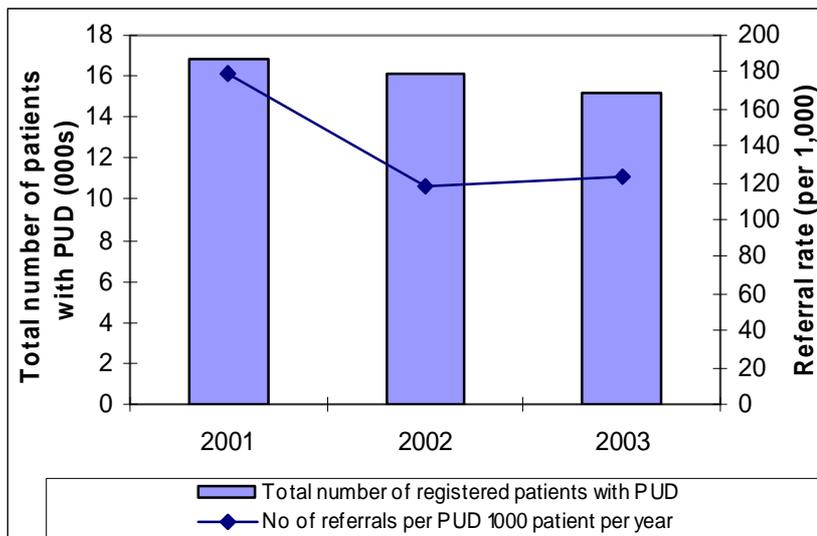
К примеру, для анемии, распространенной у беременных женщин, которая способствует материнской смертности, несмотря на увеличение числа лиц с анемией, зарегистрированных в ГСВ, количество госпитализаций уменьшилось более, чем наполовину. (0)

Рис. 14. Число госпитализаций на гражданина с анемией



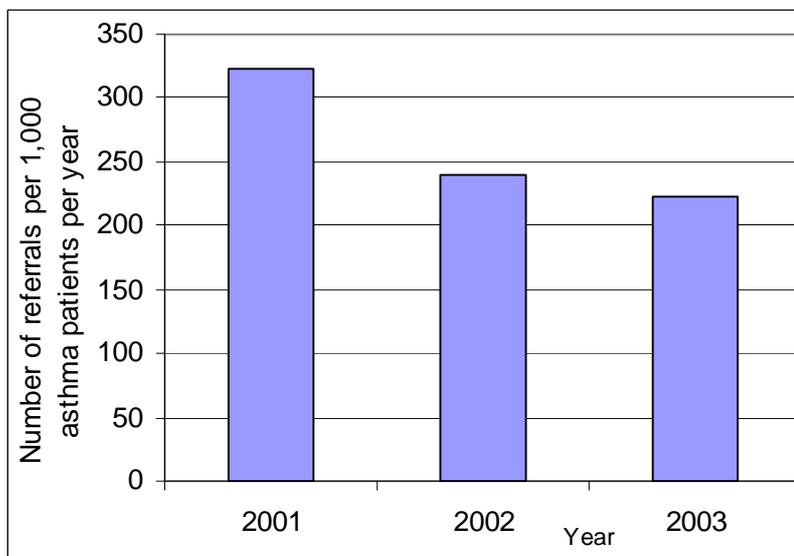
Подобным образом количество больничных госпитализаций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у пациентов, состоянием которых ранее управляли при помощи хирургического вмешательства, уменьшилось более, чем на 30 процентов. (0)

Рис. 15. Число больничных направлений ГСВ при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки



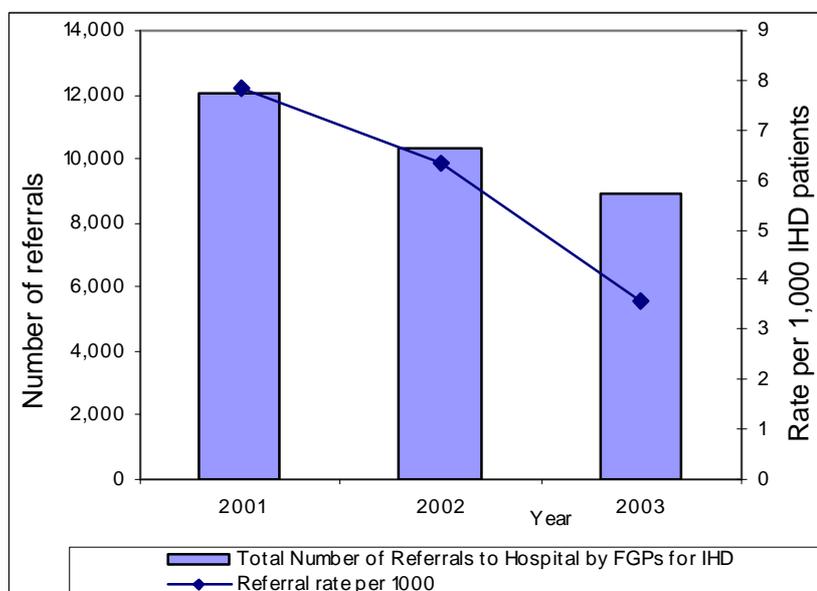
Как и при анемии и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, число направлений ГСВ при астме сократилось на 30 процентов (0), между тем, как число госпитализаций на 1000 пациентов с астмой сократилось почти на 50 процентов.⁶⁹ (Данные не приводятся)

Рис. 16. Число больничных направлений врачами ГСВ при астме



Большое сокращение наблюдается в количестве направлений ГСВ при ишемической болезни сердца, сократившееся более, чем на 50 процентов. (0)

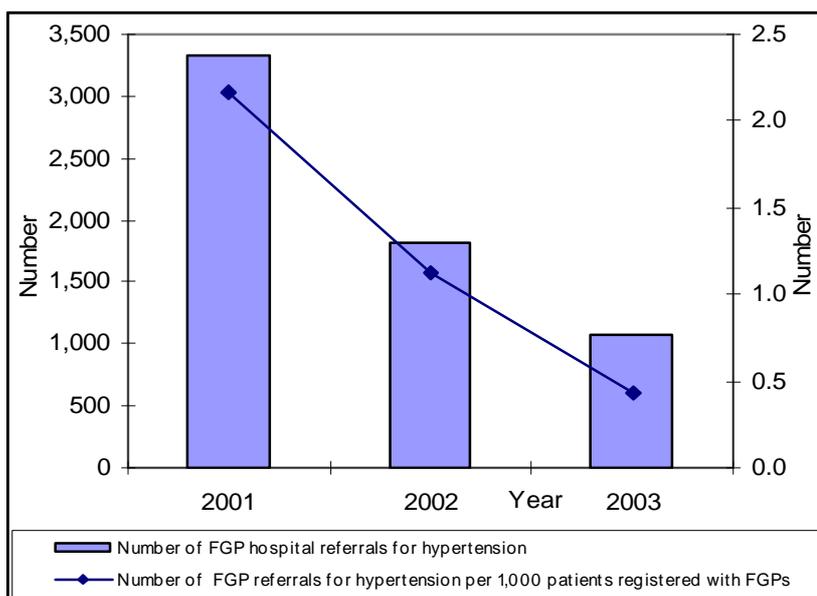
Рис. 17. Число направлений ГСВ при ишемической болезни сердца



За тот же период число больничных госпитализаций при ишемической болезни сердца сократилось примерно на 40 процентов.⁶⁹ (Данные не показаны)

Как и при управлении ишемической болезнью сердца, ГСВ также улучшили управление гипертонией, при которой число больничных направлений на 1000 приписанных пациентов значительно сократилось, почти в шесть раз.⁶⁹ (0)

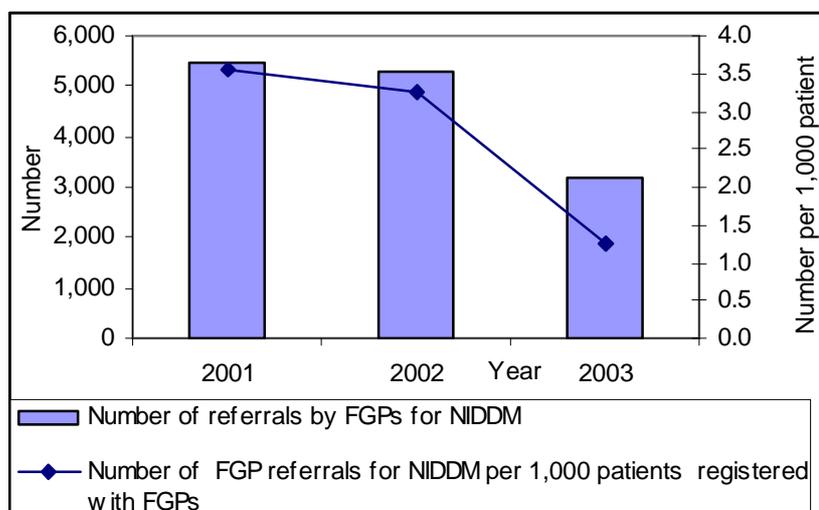
Рис. 18. Число направлений ГСВ при гипертонии



Число больничных направлений при гипертонии на 1000 пациентов, приписанных к ГСВ, сократилось, почти в пять раз.⁶⁹ (Данные не показаны)

Управление пациентов с инсулин независимым диабетом также изменилось в сторону ГСВ. В соответствии с другими распространенными хроническими заболеваниями, число направлений сократилось в три раза. (Ошибка! Источник ссылки не найден.)

Рис. 19. Число направлений ГСВ при инсулин независимом диабете



Число направлений при инсулин независимом диабете на 1000 приписанных к ГСВ пациентов, сократилось почти в три раза.⁶⁹ (Данные не показаны)

Результаты анализа явно показывают улучшение функции первого контакта, сортировочной функции и комплексности ПМСП в ГСВ, по сравнению с уровнем ПМСП, где оказывается помощь специалистами узкого профиля, которые не являются врачами ГСВ. Существует явное смещение от вторичного на первичный уровень при значительном снижении числа направлений и больничных госпитализаций при основных распространенных острых и хронических состояниях, которыми следует управлять в условиях ПМСП.

Результаты подтверждают положительное преимущество от ПМСП, сконцентрированной на семейной медицине, которая явно увеличила объем и содержание на уровне ПМСП. Это, в свою очередь, привело к сокращению больничных направлений и госпитализаций – тем самым, увеличивая эффективность и рациональность системы здравоохранения.

5. Основные достижения реформ в службе ПМСП

Несмотря на среду с недостаточными ресурсами, достижения службы ПМСП в Кыргызстане замечательны. Существует сильная поддержка системы семейной медицины на высоком уровне, и Правительство Кыргызской Республики было особенно успешным в сотрудничестве с основными донорскими организациями и партнерами по развитию, включая Всемирный Банк, ВОЗ, ЮСАИД, Швейцарское Агентство по Развитию, ДФИД Великобритания, АБР и JICA, внесших значительный вклад в процесс развития. Сотрудничество между Правительством, донорскими организациями и исполнительными организациями, такими как АВТ Associates, предшествовавшая Программе «ЗдравПлюс», было образцовым. Это сотрудничество привело к возникновению «широко секторальному подходу» (SWAp) при хорошо скоординированной поддержке процессу развития.

Результаты явным образом указывают на увеличение объема услуг на первичном уровне в районах с доминирующим количеством обученных семейных врачей. Существует устойчивое подтверждение улучшению функций сортировки и первого контакта на уровне ПМСП в результате семейной медицины. Происходит значительное смещение со вторичного на первичный уровень. Удовлетворенность пользователя также улучшилась.

5.1. Организационные и нормативно-правовые изменения

Принято несколько законов и нормативно-правовых актов для создания среды, благоприятной для реформ в области семейной медицины и на первичном уровне. Семейная медицина признана и закреплена законодательно.

Система тройственных поликлиник консолидирована в единые ЦСМ, предоставляющие услуги всем гражданам – улучшая непрерывность помощи и эффективность.

Созданы новые организации поставщиков ПМСП: ГСВ, наделенные независимостью в управлении бюджетами и заключением контрактов с ФОМС, и ЦСМ, состоящие из ГСВ и специалистов узкого профиля. Независимость предоставляет возможность улучшения эффективности этих поставщиков, и создает благоприятную среду для введения новшеств.

Объем и содержание услуг ГСВ прописаны в законе, и подробно определены в Программе Государственных Гарантий, обеспечивая справедливый и «бесплатный» доступ граждан к услугам ПМСП.

Функция сортировки ПМСП создана в ГСВ, действующих в качестве пункта первого контакта для пациентов. Положительные выгоды от функции первого контакта и сортировки демонстрируются сокращением уровней направлений и госпитализаций по основным острым и хроническим заболеваниям – тем самым, улучшая эффективность и рациональность системы здравоохранения за счет сокращения «необоснованных госпитализаций».

Отремонтировано большое количество ЦСМ и ГСВ. Пользователям предоставлена свобода выбора своих семейных врачей. Это создает более

благоприятную среду для пользователей в отношении доступа – при положительной выгоде от реагирования и целей непрерывности.

Разработана система аккредитации, и проведена аккредитация ряда организаций службы ПМСП и больниц. Это помогает поддерживать уровень качества в системе, и помогает улучшению справедливого предоставления услуг ПМСП гражданам, обеспечивая равные стандарты по всей стране.

5.1.1. Управление: расширение функций ГСВ в принятии решений

Как Проект ЗдравПлюс, так и Кыргызско-Швейцарский Проект по Поддержке Реформы Здравоохранения оказали интенсивную поддержку в проведении мероприятий на низовом уровне для улучшения понимания населением реформ в целом, но особенно для развития их знаний о своих правах и выборе, Программе государственных гарантий, реформах службы ПМСП и официальной со-оплате пользователей.

За счет новаторской работы, поддержанной Швейцарским Бюро по Сотрудничеству, население смогло напрямую участвовать в определении потребностей своих местных сообществ, устанавливая приоритеты и развивая вмешательства на общественное здравоохранение по инициативе сообщества.

Кроме этого Проект анализа политики здравоохранения, при поддержке ВОЗ и DFID, Швейцарского Бюро по Сотрудничеству и ЗдравПлюс провели исследования для определения мнений населения о реформах службы ПМСП и политике со-оплаты для информирования лиц, принимающих политические решения. Например, исследования, предпринятые в Иссык-Кульской и Чуйской областях, последовавшие за введением системы официальной со-оплаты, показали, что доля пациентов, оплачивающих за услуги, а также оплачиваемые суммы были меньше, чем суммы, имевшие место до введения системы. В целом политика была воспринята хорошо. Пользователи сообщили о меньшей оплате за услуги, чем ранее, а также возможность планирования расходов здравоохранения, а также отметили изменение в качестве услуг.^{67 68}

5.2. Системы финансирования, распределения ресурсов и оплаты поставщиков

Введено обязательное медицинское страхование, при официальной со-оплате: обеспечивающие дополнительные ресурсы для системы здравоохранения, но также создавая прозрачную среду в отношении выплат поставщикам медицинских услуг. Существует фактическое доказательство, демонстрирующее выгоды новой системы для бедного населения.

Основным достижением кыргызских реформ является введение системы единого плательщика, которая провела аккумуляцию всех субнациональных средств здравоохранения (из области, района и города, а также городских налоговых доходов из местных отделений финансирования) на областном уровне в ТУ ФОМС для финансирования программы государственных гарантий.

Успешно внедрены новые методы оплаты поставщиков на первичном уровне на основе простого механизма подушевой оплаты. Механизмы подушевой оплаты являются наиболее справедливым способом распределения ресурсов на первичном уровне по сравнению с бюджетами, основанными на прошлой деятельности или прошлых уровнях исходных средств. Механизмы подушевой оплаты создает отличную платформу для методов распределения ресурсов на основании потребностей, вводимых при помощи включения «весов» или «коэффициентов» - отражающих потребности – для простой подушевой формулы.

Прямые и непрямые контракты были внедрены для ГСВ, включая частичное фондодержание для лекарственных средств. Контракты предусматривают возможность покупающим организациям стать «стратегическими покупателями» для разработки программ помощи, отражающих потребности страны, но также постоянно улучшают уровень качества в организациях поставщиков за счет изменений спецификаций контрактов и целей, основанных на качестве при надлежащих стимулах.

5.3. Предоставление услуг

Реформы службы ПМСП помогли улучшить справедливость доступа в системе здравоохранения Кыргызской Республики. Существует отличный охват иммунизацией и повсеместное предоставление самых необходимых услуг ПМСП во всех регионах.

На этапе пилотного внедрения системы семейной медицины в отдельных областях, объем и содержание услуг значительно увеличились. Исследование объемов медицинских услуг показывает статистически значимые отличия в применении медицинских приемов, использовании оборудования, управлении заболеваниями первого контакта ГСВ в областях с продвинутой стадией реформ по сравнению с областями, находящимися на промежуточной и ранней стадии реформ.⁶⁹

Исследование организаций показывает большую схожесть в структурах услуг в продвинутых, промежуточных и ранних областях проведения реформ ввиду министерских приказов и типовых контрактов, в которых определяется обычный набор услуг для ГСВ по всей стране. Результаты явно указывают на расширение объема услуг на уровне ПМСП в областях с преобладанием обученных семейных врачей. Существует достаточное подтверждение улучшению функций сортировки и первого контакта службы ПМСП в результате семейной медицины.⁶⁹

Существует неопровержимое доказательство из анализа данных ФОМС, показывающее смещение объема ПМСП со вторичного на первичный уровень с сокращением количества больничных направлений при основных острых и хронических состояниях, обычно управляемых на первичном уровне. К сожалению, исходные данные по направлениям и госпитализациям в начале реформ не были достаточно совершенными для проведения сравнений периода до проведения вмешательств с периодом после проведения вмешательств по областям или группам.⁶⁹

Внедрены руководства, основанные на доказательной медицине, для 162 общих состояний, встречающихся на первичном уровне. Это улучшит качество услуг ПМСП, сократит ненужные вмешательства и уменьшит направления в больницы.

Существует доказательство из качественного исследования по оценке в области СМ, проведенного при финансировании Всемирного Банка, о том, что новая модель СМ поддерживается населением и медицинскими работниками, которые отмечают многие выгоды, которые среди прочих включают в себя: акцент на население и выбор врача, более комплексное обслуживание, расширение функций ГСВ в принятии решений, и увеличение акцента на работу в команде.⁶⁹

5.4. Формирование ресурсов

Основная часть специалистов и медсестер по СМ, отвечающих 60-70% требований страны в целом, обучены по краткосрочным программам переобучения при поддержке от Проекта ЗдравПлюс, STLI, Швейцарского Бюро по Сотрудничеству и Всемирного Банка. Несмотря на то, что создана программа ординатуры, количество клинических ординаторов, участвующих в этой программе небольшое. Тренеры по семейной медицине, из числа врачей и медсестер, обучены по программе обучения тренеров, и многие из них, в настоящее время, вовлечены в процесс переобучения врачей и медсестер.

Статус семейных врачей среди населения и медицинских работников повысился в результате эффективных мероприятий по поддержке от Ассоциации ГСВ и Проекта Реформы ЗдравПлюс.

Обучена основная часть менеджеров среднего и высшего звена, и профессионалов здравоохранения в начальной стадии реформ с возможностью ознакомления с международным опытом, которые стали ключевыми членами команды «Манас», и заняли главные позиции в системе здравоохранения. Всемирный Банк, ВОЗ и ЗдравПлюс, среди прочих, поддержали инициативы по обучению руководящих лиц, ответственных за принятие решений, и предоставили поддержку Отделу реформы здравоохранения «Манас» в разработке политики и анализа. Проект анализа политики здравоохранения, созданный в рамках программы реформирования здравоохранения «Манас», при поддержке Европейского Бюро ВОЗ, DFID и МЗ Кыргызской Республики, работает в тесной взаимосвязи с МЗ, предоставляя важные знания по реформам службы ПМСП для Отдела по реформированию здравоохранения «Манас» по ключевым вопросам, с целью улучшения выработки политики на основании доказательств.

Успешно реализована совместная Флагманская программа Всемирного Банка и ВОЗ для обучения руководителей по развитию системы здравоохранения.

Многие медицинские работники и руководители службы ПМСП прошли обучение по доказательной медицине, разработке и внедрению протоколов с помощью ЗдравПлюс и STLI. Это обучение создало местный потенциал для более 160 распространенных состояний, которые впоследствии были одобрены Правительством Кыргызской Республики для использования в условиях ПМСП.

6. Ключевые задачи для Манас - II

Нет сомнения в том, что реформы ПМСП в Кыргызской Республике были успешны и развивались быстро. Однако необходимы дальнейшие законодательные изменения для обеспечения устойчивости реформ и оказания поддержки следующей, второй фазе развития.

Существует необходимость (мнение, разделяемое ключевыми заинтересованными сторонами) для ускорения темпов реформ в ряде направлений, особенно: (i) Расширение роли ГСВ и объема услуг, предоставляемых ими; (ii) Развитие механизмов оплаты, контрактов и независимости, предоставленной поставщикам ПМСП для введения более гибких контрактов со стимулами по улучшению деятельности, качества, и предоставления дополнительных услуг – по формированию здорового образа жизни, профилактике и дополнительных услуг ПМСП; (iii) Увеличении зарплаты для врачей и медсестер ГСВ, обученных в качестве специалистов; (iv) Дальнейшем уточнении распределения ресурсов с учетом потребностей и справедливости доступа, отдавая предпочтение сельским и бедным районам с более высокими медицинскими потребностями; (v) Уделении большего внимания доказательной медицине; (vi) Изменении механизмов отчетности, подчеркивающих старую тройственную модель, и препятствующих единому предоставлению услуг.

6.1. Организационные и регулятивные вопросы

6.1.1. Структуры поставщиков

Тройственная система поставщиков на уровне ПМСП обеспечила возможность для развития новых ГСВ с единым предоставлением услуг для всех граждан. Однако в ЦСМ продолжение присутствия специалистов узкого профиля, действия которых могут напрямую оценить пациенты, создает фрагментированность функций первого контакта и сортировки на уровне ПМСП, препятствует непрерывности помощи, не стимулирует многих семейных врачей к увеличению объема их услуг и стимулирует их к перенаправлениям, не позволяет создать целостную помощь и создает дублирование роли с больничными амбулаторными отделениями.

С учетом потенциального отрицательного воздействия на развитие ПМСП, важно, чтобы все ЦСМ были превращены в центры, в которых бы работали лишь специалисты по семейной медицине. Специалисты узкого профиля, работающие в ЦСМ, должны быть либо постепенно переведены в больничные АДО, либо переобучены в качестве семейных врачей.

6.1.2. Системы отчетности

Прогресс в разработке новых систем отчетности для ПМСП был не одинаковым с темпом реформ ПМСП. Системы отчетности на уровне ПМСП, требующие разделения по специальностям, стимулируют данную практику. Это стимулирует

специалистов узкого профиля, обученных в качестве семейных врачей не менять своей практики и продолжать практиковать свою специальность. А также руководства, требующие осмотра новорожденных и более старших детей, беременных женщин, работников, призывников специалистами узкого профиля, еще более усиливают данную практику и используются в качестве аргумента для сохранения специалистов узкого профиля на уровне ПМСП. Эти задачи могут полезным образом быть переданы специалистам по семейной медицине.

6.1.3. Управление и подотчетность

Исследования и обследования, проводимые Кыргызско-Швейцарским Проектом по Поддержке Реформы Здравоохранения, Проектом анализа политики здравоохранения ВОЗ/ДФИД и ФОМС четко продемонстрировали, что введение прозрачной официальной оплаты населением имело положительное воздействие на степень неформальных выплат, сократило степень коррумпированности и, особенно, принесло пользу бедному населению. В настоящее время оплата пациентами в официальном виде вносится в организацию в обмен на результаты и услуги чаще, чем отдельным медицинским работникам. Это является положительным моментом, и следует прилагать усилия для дальнейшего улучшения данной прозрачности при помощи проведения образования населения.

Доходы от со-оплаты реинвестируются в ЦСМ для повышения заработной платы медицинским работникам и на медицинские принадлежности. Такие механизмы, как фондодержание, которые могут стимулировать прозрачное смещение средств со вторичной на первичную помощь при помощи замены услуг, могут быть использованы для дальнейшего пополнения доходов службы ПМСП для решения вопросов по повышению уровня заработной платы и развитию стимулов.

6.2. Системы финансирования, распределения ресурсов и оплаты поставщиков

6.2.1. Уровень финансирования для сектора здравоохранения

С 1996 года уровень финансирования для сектора здравоохранения сокращается. Отчисления для сектора здравоохранения, как из республиканского, так и областных бюджетов постоянно уменьшались с 28,4% от общего областного бюджета в 1996 году до 22,1% в 2003 году. Подобным образом расходы на здравоохранение из республиканского бюджета сократились с 13,5% в 1996 году до 8,5% в 2003 году.⁶⁹ Следовательно, расходы на здравоохранение в виде доли от ВВП сократились с 3,1% в 1996 году до 2,1% в 2003 году. Кроме бюджетных распределений существуют проблемы с исполнением бюджета: секвестирование бюджета и неисполнение бюджета.⁷⁰

Документ по стратегии сокращения бедности Кыргызской Республики подчеркивает необходимость инвестирования в здравоохранение и сокращения бедности в Кыргызстане. В соответствии с данной стратегией и для устойчивости успешных реформ важно поддерживать финансирование здравоохранения на уровнях, наблюдаемых в конце 1990-х годов.

6.2.2. Справедливость и эффективность распределения

Реформы в области СМ успешно внедрены во всех областях и теперь охватывают большинство застрахованного населения. Однако помимо сокращения финансирования существует большая несправедливость в распределении финансирования: в отношении уровней финансирования областей (ввиду избыточного объема средств, выделяемых республиканским больницам) и доступа к услугам (например, бедное население не может приехать в Бишкек для посещения учреждений третичной помощи) из-за несправедливого распределения ресурсов по областям, что ставит города в более выгодное положение по сравнению с сельскими регионами. К примеру, расходы на душу населения по областям могут отличаться в пятикратном размере (на Бишкек приходятся наибольшие уровни расходов на душу населения, а на беднейшие области - Баткенскую, Нарынскую и Таласскую – наименьшие), тем самым, создавая в системе неудачные соотношения.^{71 72}

Следующая стадия реформ должна далее увеличить акцент на развитие механизмов распределения ресурсов с учетом бедности и потребностей в здравоохранении.

Эти вопросы рассматриваются в рамках Проекта реформирования сектора Здравоохранения-2, который поддерживает развитие и принятие новой методологии расчета категориальных грантов, включая бедность, возраст и пол в качестве корректирующих факторов. Нормативная база, позволяющая их ввести, будет принята в 2005 году.

Сохраняется неэффективность в распределении ресурсов между уровнями помощи и по видам учреждений. Республиканские больницы в Бишкеке все еще продолжают потреблять значительную долю бюджета здравоохранения, а создание механизмов по рационализации этих институтов и перераспределению средств на первичный уровень задерживается. Следующая фаза реформ должна исследовать возможность дальнейшей экономии средств, к примеру, за счет рационализации республиканских учреждений, для высвобождения ресурсов, которые можно реинвестировать в систему здравоохранения для оказания поддержки в выплате заработной платы медицинским работникам.

6.2.3. Системы оплаты поставщиков

Прозрачные механизмы оплаты, основанные на предполагаемом объеме работ (подушевое финансирование на уровне ПМСП) и результатах (плата за услуги) в больничном секторе заменили неэффективные механизмы, основанные на прошлой деятельности и исходных ресурсах. Необходимо изменить процесс бюджетирования системы здравоохранения в государственном секторе для отражения новых систем оплаты и проводить дальнейшее уточнение для включения текущих и будущих потребностей.

6.2.4. Стимулы

Ограниченные стимулы и низкий уровень зарплаты специалистов по СМ являются двумя основными проблемами, требующими незамедлительного решения в следующей фазе реформ.

Несмотря на то, что новые механизмы оплаты предусматривают некоторые стимулы, необходимо обеспечить более сильное указание того, что семейные врачи настолько же ценны, насколько и больничные специалисты. К примеру, ощутимое различие в заработной плате между врачами общей практики и специалистами узкого профиля, пошлет устойчивый сигнал о ценности СМ. С учетом улучшения компетентности семейных врачей и улучшения управления распространенными состояниями, что демонстрируется исследованием профиля задач, а также структурами направлений и госпитализаций, стимулы, относящиеся к деятельности – подчеркивающие улучшение качества, дополнительные услуги и улучшение результатов - необходимо вводить в ПМСП. Это усилит политическую приверженность качеству и улучшению деятельности, и будет стимулировать дальнейшее развитие ПМСП.

6.2.5. Гибкое заключение контрактов

Следует вносить изменения в действующее законодательство для обеспечения возможности более гибкого заключения контрактов и предоставления большей автономии поставщикам ПМСП для стимулирования возникновения новых организационных форм – таких как сети ГСВ с усиленным планированием и потенциалом по предоставлению услуг, которые могут развивать гибкие структуры для улучшения перехода со вторичной на первичную помощь.

6.3. Предоставление услуг

Несмотря на введение института семейной медицины в Кыргызстане, все еще большая часть медицинских услуг предоставляется на вторичном уровне. Это ограничивает возможность службы ПМСП в развитии дополнительных услуг и укреплении ее ролей помимо функции перенаправления, а также функции непрерывности и комплексности.

Присутствие специалистов узкого профиля на уровне ПМСП, которое могут оценить граждане, является основным барьером для расширения модели СМ. Во всех ЦСМ прямой доступ к специалистам узкого профиля и перенаправления между ними подрывают функции сортировки, непрерывности, конкурентоспособности ГСВ. Следует вводить более сильные системы направлений и перенаправлений для ограничения доступа к специалистам узкого профиля без направлений от специалистов СМ.

Необходимо улучшать вертикальную интеграцию за счет дальнейшего развития руководств, основанных на научных доказательствах путем усиления внимания непрерывности и развитию непрерывной помощи при помощи использования путей интегрированной помощи.

Платформы, созданные во время реализации Программы «Манас - I» (такие как автономные ГСВ, контракты, система подушевой оплаты, частичное фондодержание) обеспечивают отличную основу для дальнейшего развития ПМСП для достижения дальнейшего перехода от вторичной к первичной помощи – путем расширения объема и содержания услуг для дальнейшего укрепления функции перенаправлений. Частичное фондодержание, которое было успешно введено, может быть распространено на нововведения, улучшение качества и достижение эффективности затрат.

6.4. Формирование ресурсов

Введена успешная программа переобучения врачей и медсестер в ПМСП при технической помощи от команды STLI, при поддержке ЗдравПлюс и Всемирного Банка. В это обучение приняли участие почти 75% специалистов по СМ и семейных медсестер для Кыргызской Республики. Однако, как и в финансировании и доступе, существует несправедливость между городской и сельской местностью в распределении обученных специалистов семейных врачей и медсестер. Между тем, в городской местности число зарегистрированных граждан на одного врача ГСВ составляет 1500, а сельской местности существует явный дефицит врачей. Соответственно в некоторых отдаленных районах, число граждан на 1 врача ГСВ может составлять 10-12 000 человек.⁷³

Присутствие специалистов узкого профиля в ЦСМ оказывает отрицательное воздействие на функцию ПМСП. «Манас – II» следует обеспечить адекватное предоставление технической помощи для переобучения специалистов узкого профиля, работающих в ЦСМ в качестве семейных врачей. Эти врачи могут работать в качестве специалистов по СМ, но также могут предоставлять дополнительные услуги в качестве «Семейного врача, специализирующегося в ...» - модель недавно одобренная в Национальной системе здравоохранения Великобритании, которая дает возможность этим врачам в предоставлении дополнительных услуг (помимо базовых услуг, предусматриваемых контрактом) и на соответствующее вознаграждение. Данное изменение также может оказать поддержку в разработке дополнительных услуг ПМСП и улучшить функцию комплексности.

Реформы ПМСП до настоящего времени концентрировались на постдипломном обучении. Последующая фаза реформ должна инвестировать средства в разработку додипломного медицинского и сестринского образования для движения в направлении обучения специалистов общей практики для замены модели, проводящей обучение специалистов узкого профиля и акцентирующей лечебный подход, направленный на управление заболеваниями, скорее, чем на формирование здорового образа жизни.

Академические группы по семейной медицине на медицинских факультетах необходимо далее укреплять, а также расширять додипломное обучение по СМ для привлечения медицинских студентов к специальности на ранней стадии обучения, а также для обеспечения знакомства будущих специалистов узкого профиля с объемом и действиями СМ, создавая тем самым, улучшенное понимание между специалистами узкого профиля и семейными врачами.

6.5. Информирование о реформах

Информация между и внутри уровней системы здравоохранения и общественностью ограничена – что было определено интервьюируемыми лицами в качестве важной проблемы. Гражданам и медицинским работникам недостаточно сообщается о выгодах от системы ПМСП, сконцентрированной на семейной медицине. Поэтому существует недостаточное понимание о семейной медицине и современной ПМСП среди медицинских работников, населения и политиков, которые рассматривают ПМСП, сконцентрированной на семейной медицине только в контексте, Алма-Атинской декларации ПМСП – т.е. в качестве

«базовых» государственных и частных услуг здравоохранения – западной концепции, и регрессивного шага назад от «продвинутой» советской медицины.

Недостаточная информация и ограниченное ее использование привело к тому, что некоторые понимают реформы в качестве процесса, идущего «сверху-вниз». Это барьер на пути полного развертывания и устойчивости системы ПМСП, сконцентрированной на семейной медицине.

Необходима четкая и всеобъемлющая информационная стратегия для улучшения видимости реформ в области ПМСП, информированности населения и других ключевых заинтересованных сторон от ожидаемых выгод для улучшения приверженности процессу.

6.6. Заключительные выводы

Несмотря на среду с ограниченными ресурсами, существующую в Кыргызской Республике, ей удалось успешно внедрить всесторонние и комплексные реформы ПМСП в Программе «Манас - I». Во время этого процесса сотрудничество и координация между международными донорскими организациями, исполнительными организациями и местными партнерами было значительным, и явилось моделью для региона ЕЦА. Кроме этого, устойчивое лидерство, продемонстрированное МЗ и механизмы, внедренные для политик, основанных на доказательствах, не совпадают с Регионом ЕЦА. Следует поздравить лиц, ответственных за политику, доноров, исполнительные организации и местных партнеров, внесших вклад в разработку проекта и реализацию реформ.

7. Ссылки

¹ Всемирная Организация Здравоохранения. Всемирный Отчет о здоровье, 2000 год. Системы здравоохранения: Улучшение деятельности. Женева. Всемирная Организация Здравоохранения, 2000г.

² Атун РА. “Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения, более сконцентрированной на услугах первичной медико-санитарной помощи?” Доказательная сеть здравоохранения Системы Организации Здравоохранения. Региональный Офис по Европе Всемирной Организации Здравоохранения. Всемирная Организация Здравоохранения. Копенгаген. 2004г.

³ Всемирная Организация Здравоохранения. Цели для здоровья для всех. Копенгаген: Всемирная Организация Здравоохранения, Региональный Офис по Европе, 1985г.

⁴ Хэм С, Робинсон Р., Бензеваль М., Медицинский осмотр. Реформы здравоохранения в международном контексте. Лондон: Институт Королевского Фонда, 1990г.

⁵ Исполнительное лицо НСЗ. Разработка покупки НСЗ и фондодержание: в направлении НСЗ, ведомой ПМСП. EL (94) 79. Leeds: Исполнительное лицо Национальной системы здравоохранения, 1994г.

⁶ Ли JW. “Глобальное улучшение здравоохранения и ВОЗ: формирование будущего”, Ланцет, 2003г.; 362: 2083–88.

⁷ Всемирная Организация Здравоохранения. Всемирный Отчет о здоровье, 2003 год. Формирование будущего (2003г.), Всемирная Организация Здравоохранения. Женева.

⁸ Бац П. Учебник международного здоровья. Нью-Йорк. Оксфорд Университи Пресс, 1990г.

⁹ Старфилд Б. Первичная помощь. Концепция, оценка и политика. Нью-Йорк. Оксфорд Университи Пресс, 1992гю

¹⁰ Вуори Х. Здоровье для всех, первичная медико-санитарная помощь и врачи общей практики. Ключевое обращение: ВОНКА, 1986г.

¹¹ Кляйн Р. Новая политика НСЗ. Лондон. Лонгман, 1995г.

¹² Старфилд Б. Первичная помощь. Концепция, оценка и политика Нью-Йорк. Оксфорд Университи Пресс, 1993г.

¹³ Старфилд Б. Первичная помощь. Журнал управления амбулаторной помощью 1993г.; 16: 27-37.

-
- ¹⁴ Атун РА. “Каковы преимущества и недостатки реструктуризации системы здравоохранения, более сконцентрированной на услугах первичной медико-санитарной помощи?” Доказательная сеть здравоохранения Системы Организации Здравоохранения. Региональный Офис по Европе Всемирной Организации Здравоохранения. Всемирная Организация Здравоохранения. Копенгаген. 2004г.
- ¹⁵ Мацинко Дж, Старфилд Б., Ши Л. Вклад систем здравоохранения в результаты здоровья в странах Организации по Экономическому Сотрудничеству и Развитию (ОЭСР), 1970-1998г. Исследования услуг здравоохранения, 2003г.; 38(3):831-65.
- ¹⁶ Старфилд Б., Первичная помощь. Концепция. Оценка и политика. Оксфорд Университи Пресс. Нью-Йорк, 1992г.
- ¹⁷ Шиа С, Мисра В, Эхрлич М, Филд Л, Франсиз С. Shea S, Misra D, Ehrlich M, Field L, Francis C. Predisposing factors for severe uncontrolled hypertension. New England Journal of Medicine 1992; 327: 776-781.
- ¹⁸ Сройдер СА, Сэнди ЛГ. Распределение по специальностям врачей США – невидимый двигатель расходов здравоохранения. Медицинский журнал Нью Инглэнд, 1993г.; 328: 961-963.
- ¹⁹ Марк ВХ, Готтлиеб МС, Зеллнвер ББ, Четти ВК, Мидтлинг ЖЕ. Затраты на медицинскую помощь в городах и обеспеченность врачами первичной медико-санитарной помощи. Журнал семейной практики, 1996г.; 43: 33-39.
- ²⁰ Риво МЛ, Сатчер Д. Улучшение доступа к первичной помощи при помощи реформы врачебных кадров. JAMA 1993г.; 270: 1074-1078.
- ²¹ Уэлч ВП, Миллер М, Уэлч ХГ, Веннберг Дж. Географические изменения в расходах на услуги врачей в Соединенных Штатах. Медицинский журнал Новая Англия, 1993г.: 328; 621-627.
- ²² Моор ГТ. Случай потери врача общей практики: необходимо ли это решать? Милбанк Куортали, 1992г.; 70: 361-379.
- ²³ Франкс Р, Кланси СМ, Наттинг ПА. Курирование восстановлено: защита пациентов от залеченности. Медицинский журнал Новая Англия, 1992г.; 327: 424-429.
- ²⁴ Франкс П, Кланси Ц., Наттинг П, Восстановление курирования: защита пациентов от залеченности. Медицинский журнал Новая Англия, 1992г.: 327;424-429.
- ²⁵ Старфилд Б, Ши Л, Атул Гроувер А, Мацинко Дж. Воздействия от обеспеченности специалистами на здоровье населения: оценка доказательств. Health Affairs, 2004г. 10.1377/hlthaff.w5.97.
- ²⁶ Филмер В, Хаммер Ж, и Питчет Л, Политика здравоохранения в бедных странах: слабое звено в цепи. Всемирный Банк, 1997г.

-
- ²⁷ Вейнер Ж, Старфилд Б. Определение и роли первичной помощи, выполняемые врачами, работающими в кабинете. *American Journal of Public Health* 1983; 73: 666-71.
- ²⁸ Дональдсон С, Джерард К. Экономика финансирования здравоохранения. Очевидная черта. Лондон. Макмиллан, 1992г.
- ²⁹ Фин С, Уичер Ж Отмена рутинных амбулаторных медицинских услуг: воздействия на доступ и здоровье. *Journal of General Internal Medicine* 1988; 3: 356-62.
- ³⁰ Гарг МЛ и другие. Специальность врача, качество и расходы стационарного лечения. *Социальная наука и медицина*, 1979г.; 13: 187-90.
- ³¹ Сингх Б, Холланд МР, Торн ПА, Обменный контроль диабета в клиниках общей практики: сравнение в больничной клинике. *British Medical Journal* 1984; 289: 726-8.
- ³² Шир СЛ и другие. Непрерывность и качество медицинской помощи: ретроспективный анализ пренатальных и перенатальных результатов. *Medical Care* 1983; 21: 1204-10.
- ³³ Моор С. Сдерживание затрат при помощи совместного участия в риске врачей первичной помощи. *New England Journal of Medicine* 1979; 300:1359-62.
- ³⁴ Меннинг ВГ и другие. Контролируемое испытание воздействия группы врачей, получивших предоплату, на использование услуг. *New England Journal of Medicine* 1984;310:1505-10.
- ³⁵ Алперт ЖЖ и т.п. Предоставление медицинской помощи детям: Отчет об эксперименте. *Педиатрия*, 1976г., 57: 917-30.
- ³⁶ Мартин Д. И прочие. Эффект плана куратора на использование услуг и оплату здравоохранения: произвольный контролируемый эксперимент. *American Journal of Public Health* 1989; 79 (12): 1628-32.
- ³⁷ Хочейсер ЛИ, Вудвард К, Чарни Е. Воздействие районного центра здравоохранения на использование педиатрических неотложных отделений в Рочестере, Нью-Йорк. *New England Journal of Medicine*. 1971; 285:148-52.
- ³⁸ Сиу Ал и другие. Использование больницы в произвольном контролируемом эксперименте по предварительно оплаченному лечению *JAMA* 1988; 259: 1343-6.
- ³⁹ Робертс Е, Майс Н. Могут ли первичная помощь и общинные модели неотложной помощи заменить больничное неотложное отделение? *Health Policy* 1998; 44: 191-214.
- ⁴⁰ Миллс А, Друммонд М. Разумное использование средств в секторе здравоохранения: вклад первичной медико-санитарной помощи. *Политика и планирование здравоохранения*, 1987; 2 (2):107-128. 1987

-
- ⁴¹ Кохрейн СН, Зачарья КС. Младенческая и детская смертность в качестве определяющего фактора фертильности. Значения политики. Рабочий документ экспертов Номер 556. Вашингтон, Округ Колумбия: Всемирный Банк, 1983г.
- ⁴² Джеймисон ДТ, Мосли ХВ, Мишам АР, Бобадилла Ж-Л, 1993г. Приоритеты по контролю заболеваний в развивающихся странах. Оксфордская медицинская публикация.
- ⁴³ Сукат А, Леви-Брушл Д, Де Бетун Х, Гбедону П, Ламарк ЖП, Бангура О, Камара О, Гандахо Т, Ортиз С, Каддар М, Книппенберг Р. Приемлемость, эффективность затрат и рациональность первичной медико-санитарной: Опыт инициативы Бамаков Бенине и Гвинеи. Международный Журнал планирования и управления здравоохранения, 1997г.; 12: S81-S108.
- ⁴⁴ Аараас И, Сораасдеккан Х, Кристиансен ИС. Является ли больницы общего профиля экономичными в затратах? Доказательство из сельской местности Норвегии. Семейная практика, 1997г.; 14:397-402.
- ⁴⁵ Бейкер ЖЕ, Голдэйкр М, Муир Грей ЖА. Общинные больницы в Оксфордшире: их воздействие на использование специализированных стационарных услуг. J Epidemiol Comm Health 1986; 40:117-120.
- ⁴⁶ Трежер РА, Дейвис ЖА, Вклад больницы врача общей практики: дальнейшее исследование. Br Med J 1990; 300: 644-646.
- ⁴⁷ Хайн С, Вуд ВА, Тэйлор С, Чарни М. Сокращают ли общинные больницы использование коек районных больниц общей практики? J R Soc Med 1996; 89: 681-687.
- ⁴⁸ Дейл Ж, Ланг Х, Робертс Ж, Грин Ж, Глуксман Е. Эффективность затрат при лечении пациентов первичной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях: сравнение между врачами общей практики, старшими офицерами по расквартированию и регистраторами. Brit Med J 1996; 312:1340-1344.
- ⁴⁹ Мерфи АВ, Бери Г, Планкетт ПК, Гибней Д, Смит М, Муллан Е, Джонсон З. Произвольный контролируемый эксперимент по сравнению с обычной медицинской помощью в городском отделении неотложной помощи: процесс, результат и сравнительные расходы. Brit Med J 1996; 312: 1135-1142.
- ⁵⁰ Уорд П, Хадди Дж, Харгривс С. Первичная помощь в Лондоне: оценка врачей общей практики, работающих в отделении городских аварий и неотложном отделении. Journal of Accident and Emergency Medicine 1996; 13: 11-15.
- ⁵¹ Моссиалос Е. Мнения граждан о системах здравоохранения в 15 странах-членах Европейского Союза. Health Economics 1997; 6: 109-116.
- ⁵² Уильямс С, Вьенман Ж, Дейл Ж, Ньюман С. Ожидания пациентов: Чего хотят пациенты ПМСП от врача общей практики, и насколько удовлетворение ожиданий влияет на удовлетворенность пациентов? Fam Pract 1995; 12: 193-201.

-
- ⁵³ Калнан М, Катсойаннопулос В, Овчаров ВК и другие. Основные определяющие факторы удовлетворенности потребителя первичной помощью в различных системах здравоохранения. *Fam Pract* 1994; 11: 468-478.
- ⁵⁴ Бейкер Р. Характеристики практик, врачи общей практики и пациенты по отношению к уровням удовлетворенности пациентов консультациями. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 601-605.
- ⁵⁵ Уэнсинг М., Майнц Ж, Феррейра П, Херншо Х, Хьйордал, Олесен Ф., Рибакке М., Цещений Дж, Грол Р. Общая помощь и приоритеты пациентов в Европе: международное сравнение. *Политика здравоохранения*, 1998г.; 45: 175-186.
- ⁵⁶ Мейманалиев Т. Модель здравоохранения Кыргызской Республики. Первое издание. Учкун ЖВ, 2003Г. Бишкек, Кыргызстан.
- ⁵⁷ Закон Кыргызской Республики «О едином плательщике в финансировании здравоохранения в Кыргызской Республике», 30 июля, 2003 года.
- ⁵⁸ Нормативный акт №582 от 21 февраля, 2003 года: “О со-оплате за лекарственные средства, питание и некоторые виды услуг здравоохранения, предоставляемые государственными медицинскими учреждениями, перешедшими на новые методы финансирования”.
- ⁵⁹ Щут Т. “Мнения населения о медицинской помощи в Нарынской области. Исследование быстрой оценки в Чуйской и Иссык-Кульской областях, Кыргызстан. Кыргызско-Швейцарский Проект поддержки реформы здравоохранения. Швейцарский Красный Крест. 2000 г.
- ⁶⁰ Щут Т. “Мнения населения о политике со-оплаты: Исследование быстрой оценки в пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях” Швейцарский Красный Крест, 2001г.
- ⁶¹ Щут Т. Доступ и качество первичной медико-санитарной помощи с акцентом на помощь матери и ребенку. Исследование быстрой оценки в Чуйской и Иссык-Кульской областях, Кыргызстан. Кыргызско-Швейцарский Проект поддержки реформы здравоохранения. Швейцарский Красный Крест. От имени ЮНИСЕФ, Кыргызстан, в рамках Форум CARK MCH. 2003г.
- ⁶² Щут Т. Кыргызско-Швейцарский Проект поддержки реформы здравоохранения. Презентация в октябре, 2003 года.
- ⁶³ Всемирный Банк Проект реформирования сектора здравоохранения – 2. Среднесрочный обзор. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Ноябрь, 2003г.
- ⁶⁴ Ibid.
- ⁶⁵ Атун РА. Оценка реформ по семейной медицине в Кыргызской Республике. Отчет Всемирного Банка, 2005 г.
- ⁶⁶ Атун РА. Оценка реформ по семейной медицине в Кыргызской Республике. Отчет Всемирного Банка, 2005 г.

⁶⁷ Проект по анализу политики реформы здравоохранения ВОЗ/ДФИД. Краткое сообщение по политике #3. (2004г.) Политика со-оплаты в системе здравоохранения Кыргызстана.

⁶⁸ Щут Т. “Мнения населения о политике со-оплаты: Исследование быстрой оценки в пилотных Чуйской и Иссык-Кульской областях” Швейцарский Красный Крест, 2001г.

⁶⁹ Данные Казначейства Кыргызской Республики.

⁷⁰ Кацин Дж. Расходы здравоохранения, реформы и приоритеты по политике для Кыргызской Республики. (2003г.) Проект по анализу реформы здравоохранения. Документ по исследованиям политики номер 24.

⁷¹ Атун РА. Оценка реформ по семейной медицине в Кыргызской Республике. Отчет Всемирного Банка, 2005 г.

⁷² Проект по анализу политики реформы здравоохранения ВОЗ/ДФИД. Краткое сообщение по политике #7. (2004г.) Краткие пункты ВОЗ для заседания Консультативной Группы 2004г.

⁷³ Проект по анализу политики реформы здравоохранения ВОЗ/ДФИД Манас. Сводка по политике #5. (2004г.) Вопросы по политике в предоставлении амбулаторной специализированной помощи.