



---

## **Проект Анализа Политики Здравоохранения**

### **Документ исследования политики No. 30**

---

# **Оценка программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996-2005): Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг**

Март 2005

**Джордж Пурвис III  
Чинара Сейталиева  
Мелитта Якаб  
Канат Кожокеев  
Гулгун Мурзалиева  
Адыл Темиров  
Кубанычбек Джемуратов  
Джозеф Катцин  
Дэвид Кохрейн  
Суюмжан Мукеева  
Тобиас Шют  
Роза Учкемпирова  
Шила О'Догерти  
Сарбани Чакраборти  
Лариса Мурзакаримова  
Нинель Кадырова**

## Содержание

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b> .....	<b>2</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	<b>3</b>
<b>II. ОБЩИЙ ОБЗОР</b> .....	<b>9</b>
<b>III. ДОКУМЕНТИРОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ</b> .....	<b>13</b>
А. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ ПМСП.....	13
Б. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ И РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНОЙ СИСТЕМЫ.....	17
С. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНОЙ СИСТЕМЫ НА ТРЕТИЧНОМ УРОВНЕ.....	21
Д. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	23
<b>IV. ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ</b> .....	<b>25</b>
А. УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ.....	25
Б. УЛУЧШЕНИЕ ДОСТУПА К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ.....	29
<b>V. ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ</b> .....	<b>32</b>
<b>VI. ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ДАЛЬНЕЙШЕГО РЕШЕНИЯ В РАМКАХ «МАНАС-2»</b> .....	<b>35</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	<b>39</b>
Приложение #1.....	39
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ.....	39
Приложение #2.....	42
Источники данных.....	42
Приложение #3.....	44
Перечень нормативно-правовых документов, касающихся реструктуризации системы предоставления медицинских услуг.....	44
Приложение #4.....	47
Приложение #5.....	50
Данные по человеческим ресурсам.....	50
Приложение #6.....	59
Данные по гражданскому строительству.....	59

## Список сокращений

СППБ	Средняя продолжительность пребывания больного
ПК/ПР	Повышение квалификации и профессиональное развитие
DFID	Департамент международного развития Великобритании
ГУКВ	Главное управление координации и внедрения реформы здравоохранения
ДМ	Доказательная медицина
ГСВ	Группа семейных врачей
АГСВ	Ассоциация групп семейных врачей
СМ	Семейная медицина
ЦСМ	Центр семейной медицины
БСС	Бывший Советский Союз
ВОП	Врач общей практики
АБ	Ассоциация больниц
РС3-1	Проект «Реформирование сектора здравоохранения-1», финансируемый Всемирным Банком (1996-2001)
РС3-2	Проект «Реформирование сектора здравоохранения-2», финансируемый Всемирным Банком (2001-2005)
АДО	Амбулаторно-диагностическое отделение
ПАПЗ	Проект анализа политики здравоохранения
УЧР	Управление человеческими ресурсами
КР	Кыргызская Республика
КГМИПиПК	Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
МАК	Медицинская аккредитационная комиссия
Манас-1	Национальная программа реформирования сектора здравоохранения (1996-2006)
Манас-2	Национальная программа реформирования сектора здравоохранения (2006-2010)
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
МЗ	Министерство здравоохранения
РЦУЗ	Республиканский центр укрепления здоровья
НПО	Неправительственная организация
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
РАД	Документ по оценке проекта
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
ШКК	Швейцарский красный крест
SDC	Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству
ЦГСЭН	Центр государственной санитарно-эпидемиологического надзора
СУБ	Сельская участковая больница
ТУ	Территориальное управление
USAID	Агентство США по международному развитию
ВБ	Всемирный Банк
КШППРЗ	Кыргызско-Швейцарский проект по поддержке реформы здравоохранения

## Основные выводы

В настоящее время Правительство Кыргызской Республики находится в процессе разработки дальнейшей Национальной программы по реформированию сектора здравоохранения на 2006-2010 гг. Настоящий документ является результатом исследования по оценке достижений завершающейся программы первой фазы реформы сектора здравоохранения КР (1996-2005). Целью данного исследования является подготовка к следующей фазе реформы сектора здравоохранения. **Данный документ, в основном, концентрировался на оценке реструктуризации системы здравоохранения КР с особым акцентом на то, как она повлияла на эффективность предоставления медицинских услуг и доступность.**

Задачи данного документа включают: (i) точную документацию процессов реструктуризации и рационализации системы предоставления медицинских услуг на первичном уровне; больничной уход и общественное здравоохранение, включая изменения в организационной структуре, физической инфраструктуре, человеческих ресурсах, соотношении штатов и влияние на финансирование; (ii) оценку влияния реструктуризации на эффективность системы предоставления медицинских услуг и доступность; и (iii) извлеченные уроки от реструктуризации с целью подготовки к фазе II.

При Советском Союзе система здравоохранения имела слишком мощную и многоуровневую структуру. Предоставление медицинских услуг было полностью ориентировано на больничной сектор, в то время как первичному сектору уделялось мало внимания. Значительная часть средств государства выделялась больницам, особенно специализированным. Система здравоохранения характеризовалась избытком зданий, штатов и высокими расходами за коммунальные услуги. Штаты и коммунальные расходы отнимали 80% государственного бюджета, оставляя очень мало средств на прямые медицинские расходы и уход за пациентами. В результате, существовала затратная система здравоохранения, которая предоставляла фрагментированные медицинские услуги для населения Кыргызстана. Кроме того, сама система была неустойчивой вследствие финансовых ограничений и сдвига приоритетов государственной политики, что привело к сокращению государственных расходов на сектор здравоохранения.

Эти недостатки являлись основным препятствием для улучшения доступа к медицинским услугам и их качества при использовании скудных ресурсов. Таким образом, достижение эффективности стало основной задачей первой фазы реформы программы «Манас», как предпосылки для ориентирования на улучшение доступа и справедливости на более поздних этапах.

С целью достижения эффективности в период с 1996 по 2005 гг. проводилась реструктуризация системы здравоохранения КР. Основными целями реструктуризации были улучшение эффективности, качества и доступа к медицинским услугам. Это подразумевало тщательный пересмотр физической инфраструктуры, кадровой политики, культуры менеджмента и общей структуры организаций и их деятельности для создания более компактной системы,

ориентированной на пациента и на первичное здравоохранение. Была надежда создать такую систему здравоохранения, которая была бы менее дорогостоящей, но более эффективной в долгосрочном периоде. Для достижения этих целей, несколько уровней системы здравоохранения реструктуризированы, в том числе ПМСП, госпитальная помощь и система общественного здравоохранения.

§ **Первичный уровень здравоохранения.** Целью реформы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) был переход от традиционной системы здравоохранения, ориентированной на стационары, к фокусированию на ПМСП. Первичный уровень был организационно и финансово отделен от вторичного уровня. Были созданы группы семейных врачей (ГСВ). Население приписывается к ГСВ, которые, в свою очередь, финансируются в зависимости от количества приписанного населения. Материально-техническая база службы ПМСП значительно улучшилась вследствие значительных донорских инвестиций в проведение ремонтных работ, реабилитацию, закупку нового медицинского оборудования и инструментария.

§ **Вторичный уровень здравоохранения.** Инфраструктура больничной системы подверглась значительному сокращению. Площадь больничного сектора сократилась на 39,6%, количество зданий на 46,5% с соответствующей экономией коммунальных расходов. Большая часть малоэффективных сельских участковых больниц были реорганизованы в ГСВ или структурные подразделения территориальных больниц. В одних случаях, введение энергосберегающей системы отопления и системы водоснабжения осуществлялось при поддержке доноров. В других случаях, возросшая автономия позволила передовым руководителям больничных учреждений предпринять собственные усилия для снижения коммунальных расходов.

§ **Общественное здравоохранение и СЭС.** Реструктуризация системы общественного здравоохранения была менее обширна, чем реструктуризация системы предоставления медицинских услуг и остается задачей для следующей фазы реформ здравоохранения. Однако, важные шаги были предприняты для сокращения санитарно-эпидемиологической службы и лабораторий СЭС, а также для разделения функций укрепления здоровья и охраны здоровья. Кроме того, проводились обучающие мероприятия для модернизации деятельности по общественному здравоохранению.

**В результате такой деятельности действительно было достигнуто улучшение эффективности предоставления медицинских услуг и это продемонстрировано в настоящем документе.** Процент средств здравоохранения, выделяемый на службу ПМСП удвоился, что отразилось на повышении заработной платы работников службы ПМСП. В больничном секторе показатели деятельности улучшились. Доля расходов на коммунальные услуги и штаты снизилась, сохранив средства для прямых расходов, связанных с лечением пациентов. Одновременно улучшилась система отопления в больницах в зимний период, зарплата врачей повысилась, лекарства стали более доступными в больницах.

**Мы не нашли доказательств того, что реструктуризация и сокращение создали препятствия для доступа бедного населения.** Основной озабоченностью в странах, где больничный сектор был сокращен, является влияние сокращения на доступ к медицинским услугам. В данном документе мы

показываем, что доступ к медицинским услугам для беднейшей категории населения существенно не изменился за последние годы. Однако, необходимо отметить, что финансовая нагрузка, связанная с предоставлением медицинских услуг, продолжает оставаться высокой для малообеспеченных семей как и до реструктуризации. В результате, можно предположить, что, если цели эффективности были достигнуты в первой фазе реформ, необходимо, чтобы программа «Манас-2» была больше ориентирована на снижение финансовой нагрузки, связанной с предоставлением медицинских услуг, для уязвимой части населения.

Многие уроки были извлечены из процесса реструктуризации, которые относятся к широкому комплексу реформ системы здравоохранения:

- § Принимая во внимание наличие финансовых ограничений и значительное снижение государственных ресурсов, отсутствие реструктуризации системы здравоохранения способствовало бы ухудшению доступа и качества предоставляемых медицинских услуг.
- § Реструктуризация была успешно внедрена в КР, т.к. она являлась компонентом более широкой реформы системы здравоохранения, а не независимой деятельностью. В частности, реформа финансирования здравоохранения являлась ключевой для успеха реструктуризации в обеспечении необходимых стимулов для сокращения. Оба шага осуществлялись в точной последовательности.
- § Реструктуризация достигла заметных результатов эффективности. Однако, инвестиции в энергосберегающее отопление и систему водоснабжения стали ключом для оптимизации коммунальных расходов в постсоветской системе здравоохранения.
- § Особое внимание было уделено участию и взаимодействию заинтересованных сторон на всех уровнях;
- § Не существует «универсального средства» для успешных реформ; что было эффективным в одной стране, может не получиться в другой, но, важно предпринять всесторонний подход;
- § Пилотирование новых идей и реформ до распространения на всю республику помогло определить непредвиденные проблемы и создать потенциал для распространения по стране;
- § Была необходима четкая координация доноров и проектов во избежание дублирования деятельности и противоречивых направлений политики.

**В определенных областях прогресс реструктуризации не был таким скорым, как ожидалось.** Незначительный прогресс был отмечен в процессе реструктуризации и рационализации г.Бишкек (республиканские и городские учреждения), в г. Ош и Ошской области. Отсутствие реального прогресса в городах Бишкек и Ош частично вызвано неспособностью аккумулировать средства и внедрить систему «единого плательщика». Это является основным

препятствием для оптимизации региональной несправедливости в распределении средств. Прогресс в реструктуризации СЭС был медленным и, несмотря на то, что осуществлен ряд изменений, все еще многое нуждается в дальнейшей реализации в рамках «Манас 2».

Основным недостатком деятельности по реструктуризации являлась сложность в реинвестировании средств для тех областей, которые подверглись значительному сокращению. Частично это произошло вследствие медленного прогресса общей реформы государственного сектора, который продолжает функционировать и выделять средства скорее на основе затрат, а не результатов. Частично это произошло вследствие слабой защитной функции сектора здравоохранения в создании объединений и борьбе за выделение фиксированных бюджетных средств в процессе обсуждения годового бюджета. Неспособность удержать сэкономленные средства снижает значимость процесса реструктуризации в глазах многих работников здравоохранения и снижает стимулы для проведения дальнейшей оптимизации. Стимулы, ориентированные на результат в секторе здравоохранения должны соответствовать формированию бюджета на основе затрат вне сектора.

**Незавершенная программа реструктуризации по «Манас-2» включает следующие мероприятия:**

- § Дальнейшее аккумулирование средств и внедрение системы Единого Плательщика на всех уровнях здравоохранения, а также обеспечение дальнейшего реинвестирования сэкономленных средств
- § Дальнейшая оптимизация всей системы здравоохранения, особенно в городах Бишкек и Ош
- § Дальнейшее усовершенствование материально-технической базы как службы ПМСП, так и больниц.
- § Разработка плана капитальных инвестиций для улучшения эффективности энергоснабжения зданий больниц
- § Развитие эффективной третичной системы с внедрением новых технологий в отдельных направлениях оказания медицинской помощи на третичном уровне
- § Усовершенствование управления человеческими ресурсами, включая специалистов узкого профиля в службе ПМСП, и избежание дублирования функций и обязанностей специалистов амбулаторного уровня.
- § Дальнейшая реформа деятельности СЭС и развитие службы укрепления здоровья и общественного здравоохранения

# I. Введение

В настоящее время Правительство Кыргызской Республики находится в процессе разработки дальнейшей Национальной программы по реформированию сектора здравоохранения на 2006-2010 гг. Настоящий документ является результатом исследования по оценке достижений завершающейся программы первой фазы реформы сектора здравоохранения КР (1996-2005). Целью данного исследования является подготовка к следующей фазе реформы сектора здравоохранения. **Данный документ, в основном, концентрировался на оценке реструктуризации системы здравоохранения КР с особым акцентом на то, как она повлияла на эффективность предоставления медицинских услуг и доступность.**

Кыргызская Республика унаследовала постсоветскую систему здравоохранения, которая требовала больших трудо- и капиталовложений, являлась экономически неэффективной и финансово неустойчивой. Общеизвестно, что любое улучшение как в качестве, так и в доступе к медицинским услугам требует сначала решения некоторых из вышеуказанных структурных недостатков. Следовательно, реструктуризация и рационализация системы предоставления услуг стали ключевым политическим инструментом в рамках первой фазы реформ с целью достижения большей эффективности как предпосылки к улучшению качества и доступности.

## Задачи Документа

Задачами настоящего документа являются:

1. Точно задокументировать процессы реструктуризации и рационализации системы предоставления медицинских услуг на первичном уровне и стационарном уровнях, а также в общественном здравоохранении, включая изменения в организационной структуре, физической инфраструктуре, человеческих ресурсах, соотношении штатов и влиянии на финансирование;
2. Оценить влияние реструктуризации на эффективность системы предоставления медицинских услуг и доступность;
3. Обозначить «извлеченные уроки» от реструктуризации и рационализации во время внедрения программы «Манас» с целью подготовки стратегий «Манас-2».

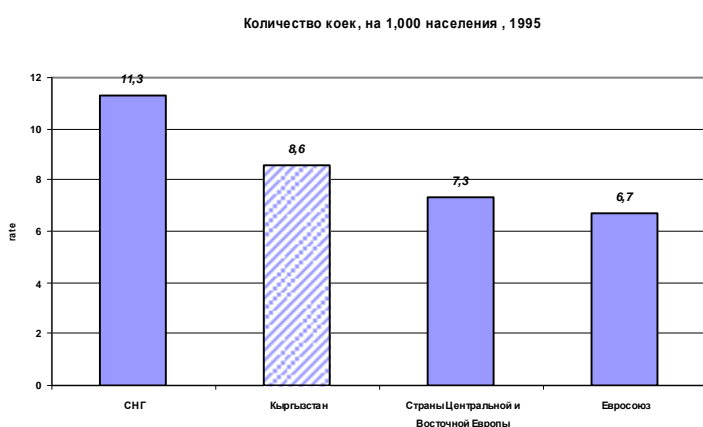
Данное исследование было подготовлено при сотрудничестве нескольких организаций. Исследование и сбор данных проводились Проектом Анализа Политики Здравоохранения (WHO-DFID) при активном сотрудничестве с Техническим Координационным Отделом (ТКО) Проекта «РСЗ-2», финансируемого Всемирным Банком, Социум Консалт, Ассоциацией Больниц, ФОМС и проектом DFID по Управлению человеческими ресурсами.



## II. Общий обзор

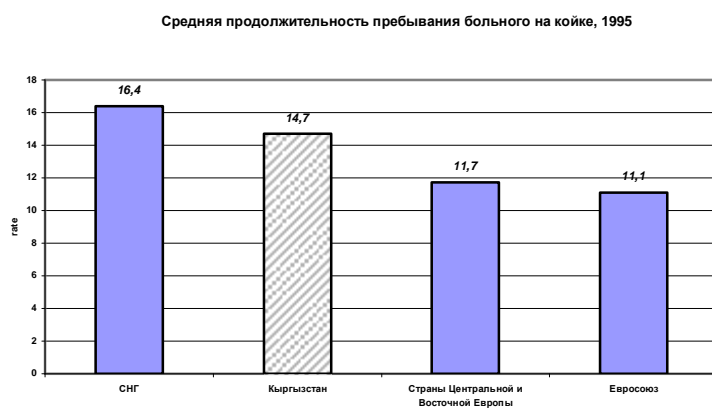
Кыргызская Республика унаследовала систему здравоохранения, которая была организована, управлялась и финансировалась по модели Семашко. Несмотря на то, что советская система гарантировала свободный доступ к медицинским услугам, она была неэффективной. Кыргызстан унаследовал чрезмерно высокий уровень стационарной мощности (8,6 коек/1000 населения), которая намного превышала стационарную мощность любой Восточно-Европейской страны. Среднее пребывание на койке было длительным (приблизительно 14,7 дней) и показатель занятости койки составлял примерно 86%<sup>1</sup>. Одной из основных проблем было чрезмерное количество персонала с большим перевесом в сторону врачей.

**График 1. Общее количество коек на 1 000 населения в странах СНГ, Центральной и Восточной Европы, Евросоюза.**



Источник: база данных HFA

**График 2. Средняя продолжительность пребывания больного на койке в странах СНГ, Центральной и Восточной Европе, Евросоюза**



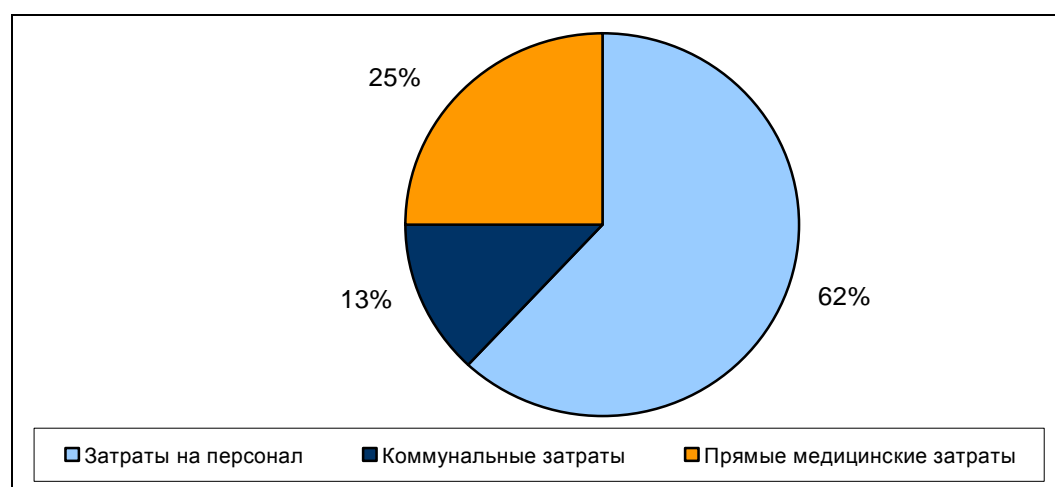
Источник: база данных HFA

<sup>1</sup> Всемирный Банк. 1993. Кыргызстан – Переход к рыночной экономике. Международный банк реконструкции и развития, Всемирный Банк, Вашингтон.

Развал Советского Союза и последующий спад в экономической сфере обусловили реформирование системы здравоохранения в стране. В последующие годы после перехода к рыночной экономике (1990-95) процент ВВП снизился на 50% от уровня 1990 г. Это незамедлительно отразилось на ресурсах сектора здравоохранения. В свою очередь, снижение имеющихся ресурсов сделало существующие недостатки очевидными. Неэффективность системы здравоохранения КР была очевидной и включала следующее:

**Во-первых, очень низкая техническая эффективность.** Система здравоохранения была неэкономной и содержала чрезмерное количество зданий, штатов и неиспользуемой мощности. Содержание существующей инфраструктуры (здания и штаты) отнимало до 75-80% от общего бюджета здравоохранения, оставляя небольшие средства на прямые медицинские расходы (лекарства и др.)

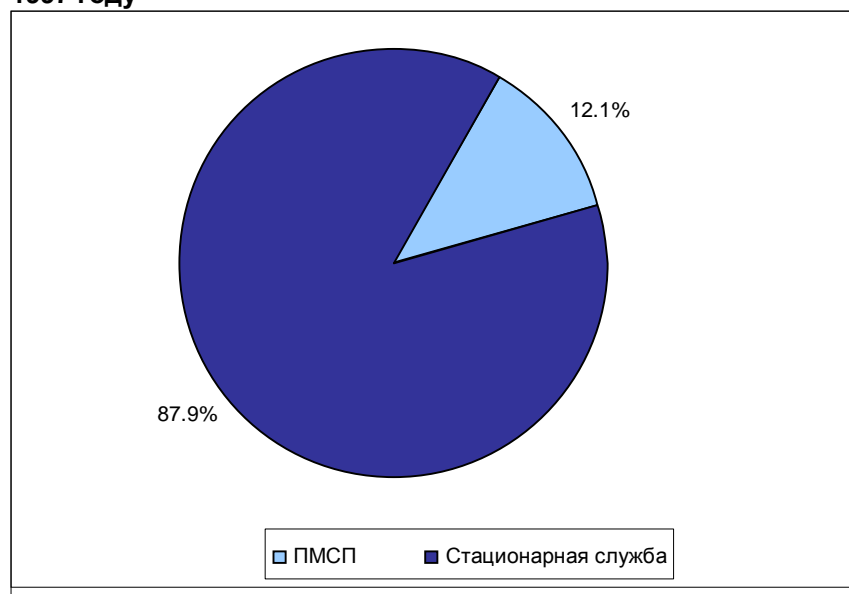
**График 3. Средства, выделяемые на содержание зданий и штатов в 1995**



Источник: Центральное Казначейство

**Во-вторых, эффективность распределения средств была также низкой,** главным образом, вследствие ориентации на больничный сектор и малого внимания, уделяемого ПМСП. Это также отразилось на распределении государственных расходов, когда значительная часть средств государства отдавалась больницам, особенно специализированным организациям. В результате, структура расходов не отвечала текущим потребностям, таким как улучшение качества и доступность ПМСП, продвижение здорового образа жизни и реализация мероприятий по улучшению состояния здоровья населения.

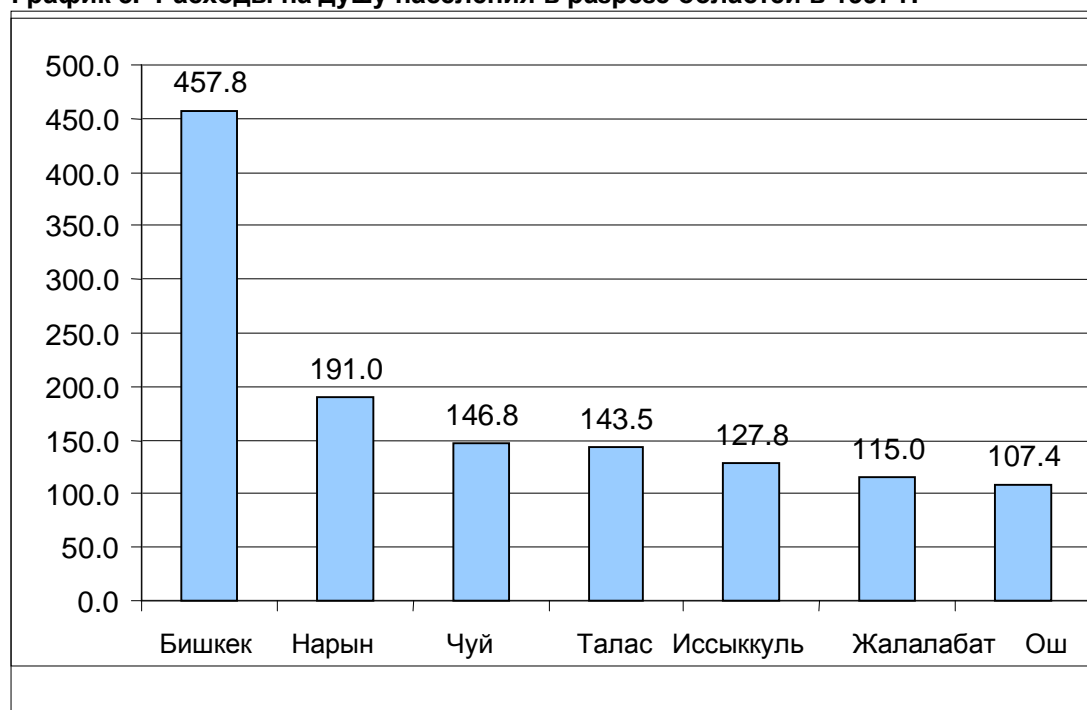
График 4. Средства, выделяемые на первичный и вторичный уровни здравоохранения в 1997 году



Источник: Центральное Казначейство

Помимо этих недостатков, структура системы предоставления медицинских услуг обостряла **проблемы географической несправедливости и доступности**. Уровень расходов на здравоохранение на душу населения в Бишкеке в три раза выше, чем уровень расходов на душу населения по всей республике. Основной причиной географического неравенства является тот факт, что расходы из республиканского бюджета распределяются специализированным организациям, которые, главным образом, сконцентрированы в Бишкеке. Решение этого вопроса было невозможным без реструктуризации системы предоставления услуг.

График 5. Расходы на душу населения в разрезе областей в 1997 г.



Источник: Центральное Казначейство

В результате этих недостатков, главной задачей Национальной программы реформирования «Манас» являлось повышение эффективности и перенос целей эффективности на службу ПМСП и географически обделенные области. Было очевидно, что реструктуризация и рационализация должны были быть основными инструментами для достижения этих целей. Одновременно, было понятно, что реструктуризация посредством административных механизмов оказалась невозможной во многих переходных экономиках и, таким образом, реструктуризация должна была быть частью более широкого видения реформирования системы здравоохранения. В частности, последовательность реформ очень важна для обеспечения стимулов для поставщиков медицинских услуг. В результате, реформирование системы финансирования здравоохранения и системы предоставления медицинских услуг осуществлялось параллельно.

Ключевой особенностью реформы финансирования здравоохранения было введение системы «единого плательщика» на областном уровне. ФОМС смог отказаться от постатейного финансирования, которое являлось причиной многих недостатков. На всех уровнях предоставления медицинских услуг были введены механизмы оплаты поставщиков по результатам (подушевой норматив – на первичном уровне и оплата по пролеченному случаю на вторичном уровне). Изменение механизма оплаты поставщиков создало сильные стимулы для реструктуризации, экономя затраты и улучшая их структуру.

При условии существования стимулов, реформа здравоохранения предусматривала реструктуризацию и консолидацию учреждений здравоохранения на всех трех уровнях системы здравоохранения, включая республиканские и специализированные больницы, областные и сельские больницы и организации службы ПМСП. Далее, было предусмотрено, что стационары г. Бишкек будут также рационализированы, с целью перераспределения ресурсов из третичного и вторичного уровней на первичный уровень, а также из г.Бишкек в различные области.

Средства, сэкономленные от консолидации, должны были быть направлены на первичный уровень, и приоритетные медицинские услуги, такие как охрана материнства и детства, контроль за инфекционными заболеваниями, такими как туберкулез и ВИЧ/СПИД. В результате реформы службы ПМСП должен был быть создан единый организационный орган, способный предоставлять большую часть ПМСП семьям и усилить клиническую деятельность на первичном уровне. Предоставление медицинских услуг в частном секторе будет также регулироваться в рамках программы реформ, и больницы будут консолидированы и объединены как запланировано с целью сокращения общего количества больниц в стране.

В дополнение к планам реструктуризации системы предоставления медицинских услуг, мобилизации, распределению и закупке медицинских услуг в рамках программы «Манас» разработан план развития человеческих ресурсов. Новый план управления человеческими ресурсами в секторе здравоохранения включает новые расчеты потребности в человеческих ресурсах, регулирует наличие

обученного персонала и совершенствует процесс найма, развития карьеры, оплаты труда и стимулов для развития человеческих ресурсов.<sup>2</sup>

### **III. Документирование основных изменений**

Одной из задач настоящего Документа является точная документация изменений в структуре и организации системы предоставления медицинских услуг. В данном разделе отражены основные изменения и прогресс в реструктуризации службы ПМСП, больниц и общественного здравоохранения.

Несмотря на то, что программа «Манас» разрабатывалась и реализовывалась в течение нескольких лет, для эффективной оценки улучшения и изменения в доступе, качестве и финансировании системы предоставления медицинских услуг имеются достаточно точные данные и информация только с 2000 г. Сбор, сравнение и оценка включают данные за 2001, 2002, 2003 годы и некоторые данные за 2000 – см. Приложение 2.

#### **A. Реструктуризация службы ПМСП**

Ключевой реформой в рамках программы «Манас» была реструктуризация системы ПМСП. При бывшем Советском Союзе, система здравоохранения характеризовалась доминированием больниц и специализированных организаций. ПМСП предоставлялась в сельских медицинских пунктах или городских поликлиниках специалистами узкого профиля, а не семейными врачами. Основные пункты ПМСП включали:

- § Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), где работали патронажные медицинские сестры и акушерки;
- § Сельские врачебные амбулатории (СВА), где работали практикующие врачи (в основном, терапевты);
- § Поликлиники, где работали терапевты, которые лечили взрослое население, педиатры, которые лечили детей, гинекологи, которые отвечали за здоровье женщин, а также большое количество специалистов узкого профиля (ЛОР-врачи, невропатологи, офтальмологи, кардиологи), которые работали на первичном и вторичном уровнях и принимали пациентов напрямую по направлению.

Раньше не было врачей общего профиля, только в сельских регионах некоторые врачи занимались общей практикой и лечили как взрослых, так и детей. Концепции Семейной Медицины (СМ) не существовало. Первичный уровень был входным пунктом в систему, но врачи службы ПМСП имели узкую практику диагностирования и лечения. Многие пациенты направлялись на следующий уровень или самонаправлялись напрямую к больничным специалистам.

---

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения. 1996. Программа реформирования сектора здравоохранения «Манас». Минздрав, Бишкек, Кыргызская Республика.

Наблюдался недостаток диагностического и терапевтического оборудования для работы врачей службы ПМСП, лекарств на амбулаторном уровне, и зачастую, в организациях не было горячей/холодной воды, отопления, телефонов, транспорта или др. условий, способствующих эффективному диагностированию и лечению пациентов на первичном уровне.

Многочисленные изменения были введены в рамках программы «Манас» с целью улучшению качества и доступности ПМСП для населения. «Реструктуризация» и «реорганизация» были введены как элементы всестороннего комплекса реформ, направленных на полное изменение видения ПМСП. Основные инструменты реорганизации системы ПМСП Советского типа в семейную медицину включали следующие шаги:

- Создание организационно независимых групп семейных врачей (ГСВ и ЦСМ), состоящих большей частью из врачей общего профиля, чем специалистов узкого профиля. Организационное отделение бывших поликлиник от больниц являлось важным для повышения статуса службы ПМСП. В настоящее время около 700 ГСВ/ЦСМ эффективно функционируют в республике, включая 31 ГСВ как независимые юридические лица;
- Введение приписки населения со свободным выбором врача службы ПМСП;
- Изменение механизма оплаты за услуги службы ПМСП посредством перехода к подушевому финансированию, основанному на количестве приписанного населения;
- Введение концепции «Семейной Медицины» в практику врачей службы ПМСП посредством более эффективного обучения и повышения квалификации.
- Введение клинических руководств по ПМСП;
- Укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, включая ремонт, оснащение новым оборудованием и инструментами, включая лабораторное оборудование;
- Введение Дополнительного лекарственного пакета для поддержания лечения клинических заболеваний на первичном уровне;
- Разработка системы перенаправлений для усиления «сортировочной» функции службы ПМСП;
- Стимулирование деятельности врачей ГСВ, ориентированной на пациента и эффективный менеджмент.

Некоторые донорские организации активно поддерживали реструктуризацию службы ПМСП. В 2003 г. приблизительно 600 врачей и 700 медсестер со всех регионов республики были переобучены по программе «Семейная Медицина». В рамках проекта «РСЗ-1» около 39 ГСВ/ФАП в Чуйской области и г. Бишкек были отремонтированы. В рамках проекта «РСЗ-2» 113 ГСВ/ФАП получили новое медицинское оборудование. Большая сумма средств была выделена для Нарынской области Кыргызско-Швейцарским проектом по поддержке реформы сектора здравоохранения. KfW, USAID, другие доноры предоставили средства на проведение ремонтных работ и закупку необходимого оборудования для других областей (см. Приложение).

За период с 2001 по 2003 гг. объем финансирования первичного уровня в абсолютном значении увеличился почти в три раза; а доля реальных расходов на ПМСП относительно общих расходов на здравоохранение увеличилась в течение указанного периода приблизительно с 15% до 33% (см. Таблицы в Приложении). Нижеуказанная таблица 1 представляет процесс реструктуризации в числах за период с 2000 по 2004 гг. Необходимо отметить, что большая часть реструктуризации ПМСП имела место ранее, до рассматриваемого периода. Некоторые ключевые тенденции включают:

- Бывшие поликлинические учреждения были организационно отделены от больниц, с передачей персонала учреждениям ПМСП. Данный процесс завершился в 2002 г. и, следовательно, мы отмечаем дублирование персонала ПМСП в общей штатной структуре;
- Государственные расходы на ПМСП значительно возросли. Расходы на душу населения практически утроились в течение 2001 и 2003 гг., что очень важно, учитывая проблемы с выделением средств из консолидированного бюджета здравоохранения;
- Рост расходов на ПМСП позволил в значительной мере увеличить зарплату и стимулы работников ПМСП, средняя заработная плата врачей увеличилась на 70%, среднего медперсонала – на 78% и другого персонала – на 77%.

Данные показатели говорят о существенном прогрессе в реструктуризации ПМСП. Количество ГСВ/ФАПов увеличилось, многие из них были отремонтированы и снабжены необходимым медицинским оборудованием, количество персонала возросло, количество специалистов, переобучаемых на специалистов ПМСП, возросло, а также возросла заработная плата врачей ПМСП (хотя все еще низкая). Все эти улучшения способствовали повышению уровня и качества учреждений, медицинского оборудования, окружающих условий и, что самое важное, знаний и профессионализма врачей, медсестер и другого персонала.

**Таблица 1. Ключевые индикаторы реструктуризации ПМСП**

	2001	2002	2003	% изм. 2001-2003
<b>I. Общие индикаторы<sup>1</sup></b>				
% населения, приписанного ГСВ	82.9%	97.0%	93.4%	12.8%
<b>II. Организации ПМСП<sup>2</sup></b>				
Количество ЦСМ	39	83	87	123.1%
Количество ГСВ	748	671	668	-10.7%
Независимые юридические лица	31	29	31	0.0%
<b>III. Штатные единицы ПМСП<sup>1</sup></b>				
Количество врачей	2,861	5,230	5,741	100.7%
Количество врачей на 10 000 населения	5.8	10.5	11.5	97.3%
Количество медсестер	5,420	10,003	11,358	109.6%
Количество медсестер на 10 000 населения	11.0	20.1	22.7	106.1%
Количество прочего персонала	2,475	4,604	5,224	111.1%
Количество прочего персонала на 10 000 населения	5.0	9.3	10.4	107.5%
Общее количество персонала ПМСП	10,772	19,868	22,357	107.5%
Общее количество персонала ПМСП на 10 000	21.9	40.0	44.6	104.1%
Общее количество персонала в секторе здравоохранения	49,371	50,202	51,087	3.5%
Общее количество персонала в секторе здравоохранения на 10 000 населения	100.2	101.1	102.0	1.7%
из них % в ПМСП	21.8%	39.6%	43.8%	100.6%
<b>IV. Расходы здравоохранения на ПМСП<sup>1</sup></b>				
Общие расходы на ПМСП (тыс.сом)	112,956	210,390	337,332	198.6%
Общие расходы на ПМСП как % от ВВП	0.2%	0.3%	0.4%	164.5%
Общие расходы на ПМСП как % от общих расходов сектора здравоохранения	15.4%	26.1%	33.1%	115.1%
Общие расходы на ПМСП в реальных значениях 2001=100 (тыс.сом)	112,956	206,265	320,774	184.0%
Общие расходы на ПМСП в реальных значениях на душу населения 2001=100 (сом)	22.9	41.5	64.0	179.2%
Средняя зарплата врачей (реальное значение) 2001=100 (сом)	575	811	928	61.4%
Средняя зарплата медсестер (реальное значение) 2001=100 (сом)	414	568	694	67.8%
<b>V. Капитальные расходы по ремонту инфраструктуры ПМСП и медицинскому оборудованию<sup>3</sup></b>				
ВБ – ремонт		113,030	17,972	
ВБ – медицинское оборудование		26,160	441,431	
КШППРЗ		29,420.00		
KFW (за период с 2001 по февраль 2005)	13 346 513,65 EUR;	46 060,38 \$;	167 461,16 Dm	
Другие				
<b>V. Переобучение<sup>4</sup></b>				
Количество переобученных врачей ГСВ (ВБ)		1,654	492	
Количество переобученных врачей ГСВ (республиканский бюджет)	0	0	65	
Количество переобученных медсестер ГСВ (ВБ)		1,953	629	
Количество переобученных медсестер ГСВ (республиканский бюджет)	0	0	85	
<b>VI. Деятельность ПМСП<sup>2</sup></b>				
Количество визитов	18,991,228	18,856,891	17,302,160	-8.9%
Из них лечебных	7,315,474	7,249,411	6,854,602	-6.3%
Лечебные визиты как % от общих визитов	0.39	0.38	0.40	2.8%
Количество визитов на чел.	3.85	3.80	3.45	-10.4%
Количество поликлинических визитов	5,738,699	5,783,128	6,374,487	11.1%
Количество поликлинических визитов на чел.	1.16	1.16	1.27	9.2%

Источник: <sup>1</sup> "Социум Консалт", <sup>2</sup> РМИЦ, <sup>3</sup> ВБ, КШППРЗ, KFW, <sup>4</sup> КГМИПуПК



## ***Б. Реструктуризация и рационализация больничной системы***

Другой ключевой областью реформ в рамках программы «Манас» является общая реструктуризация и рационализация системы вторичного и третичного уровня предоставления медицинских услуг. При Советском Союзе больничный сектор был высоко развит и характеризовался значительным переизбытком физической инфраструктуры и человеческих ресурсов. Больничный сектор потреблял 80-90% ресурсов в системе предоставления медицинских услуг. Многочисленные изменения и улучшения были осуществлены за последние годы, которые были направлены на сокращение больничного сектора. Эти изменения включали сокращение количества коек, закрытие учреждений, а также укрепление материально-технической базы некоторых учреждений, включая ремонт, оснащение новым оборудованием и инструментами и улучшение менеджмента. Все эти изменения были осуществлены с целью повышения качества и одновременного снижения общих расходов при оптимальном совмещении больничных учреждений и услуг.

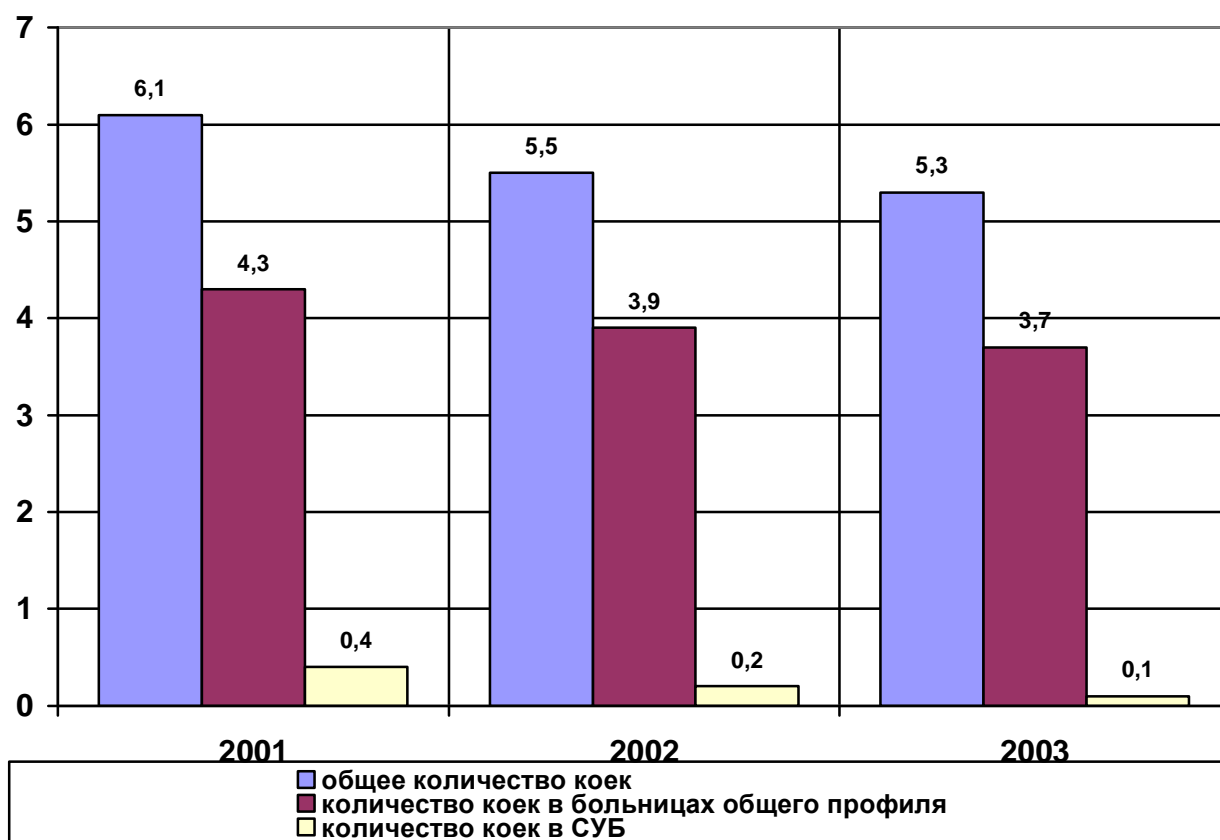
Таблица 2 ниже показывает основные тенденции в сокращении и реструктуризации больничного сектора.

- Одним из основных достижений деятельности по реструктуризации и рационализации являлся огромный успех в закрытии и объединении зданий и сокращении занимаемых площадей, необходимых для работы всей системы здравоохранения. В течение 2001-2003 гг. приблизительно 97 стационарных учреждений было сокращено, включая 13 специализированных больниц и 84 больниц общего профиля. Доля реорганизованных СУБ в общем числе сокращенных больниц составила 78,4%.
- Количество зданий сократилось с 1464 до 784, что привело к изменению общей рабочей среды. Данные здания стационарной службы были сокращены посредством сноса, консервации, аренды и перевода на баланс других учреждений, включая учреждения первичного уровня.
- В течение этого периода общая штатная структура стационарной службы сократилась приблизительно на 25% (количество врачей приблизительно сократилось на 32%, количество среднего медицинского персонала – на 30% и количество младшего медицинского персонала и другого персонала – на 19%). В то же время, средняя заработная плата стационарной службы увеличилась на 39% для врачей, на 38% - для среднего медицинского персонала и на 33% - для младшего медицинского персонала и прочего персонала.
- Приблизительно в этот же период на ремонт зданий 36 стационарных учреждений было использовано 2 050 387 \$ из кредитных средств Всемирного Банка и на ремонт зданий 5 больниц - 2 099 431 \$ из средств Кыргызско-Швейцарского проекта по поддержке реформы здравоохранения.

- Наряду с сокращением площадей и закрытием зданий предпринимались усилия по сокращению расходов за коммунальные услуги посредством улучшенного процесса планирования и контроля, включая значительные улучшения в термоизоляционных методах и технике.
- За этот же период средняя продолжительность пребывания на койке сократилась с 13,3 до 12,5, оборот койки увеличился с 22,9 в 2001 до 24,2 в 2003, демонстрируя возросшую продуктивность больничного сектора.

Реструктуризация и рационализация вторичного уровня показывает значительный прогресс. За представленный период произошло значительное сокращение количества СУБов в сельской местности, больниц общего профиля и специализированных больниц во многих областях, количества больничных коек, некоторое сокращение СППБ, значительное сокращение количества зданий, занимаемых больницами. Одновременно были отремонтированы ряд больниц, которые были оснащены инструментами и оборудованием. Произошло существенное сокращение штатов, повышение заработной платы, сокращение коммунальных расходов и некоторое сокращение текущих расходов (как % от общих расходов).

График 6. Количество коек в стационарах на 1000 населения



Источник: РМИЦ

**Таблица 2. Ключевые тенденции в реструктуризации больниц**

	2001	2002	2003	% изм. в 2001-2003
<b>I. Учреждения<sup>1</sup></b>				
Общее количество больниц	252	175	155	-38.5%
включая				
специализированные	58	46	45	-22.4%
общего профиля	194	129	110	-43.3%
включая				
СУБ	107	52	31	-71.0%
Количество коек	30,313	27,447	26,594	-12.3%
Количество коек на 1 000 населения	6.2	5.5	5.3	-13.7%
Количество зданий	1,464	784	784	
Общая площадь (м <sup>2</sup> )	709,988	429,127	429,127	
<b>II. Штатные единицы в больничном секторе<sup>2</sup></b>				
Количество врачей	6,638	4,886	4,536	-31.7%
Количество врачей на 10 000 населения	13.47	9.84	9.05	-32.8%
Количество медсестер	16,439	12,347	11,592	-29.5%
Количество медсестер на 10 000 населения	33.36	24.87	23.13	-30.7%
Количество прочего персонала	15,539	13,132	12,637	-18.7%
Количество прочего персонала на 10 000 населения	31.54	26.45	25.22	-20.0%
Общее количество больничного персонала	38,662	30,398	28,796	-25.5%
Общее количество больничного персонала на 10 000 населения	78.47	61.22	57.47	-26.8%
Общее количество персонала в секторе здравоохранения	49,371	50,202	51,087	3.5%
Общее количество персонала в секторе здравоохранения на 10 000 населения	100.20	101.10	101.95	1.7%
Из них % в больничном секторе	78.3%	60.6%	56.4%	-28.0%
<b>III. Расходы здравоохранения на больничный сектор<sup>2</sup></b>				
Общие расходы на больничный сектор (тыс.сом)	619,955.59	597,128.70	680,433.30	9.8%
Общие расходы на ПМСП и больницы (тыс.сом)	732,911.34	807,518.60	1,017,765.20	38.9%
Общие расходы на больничный сектор как % ВВП	0.84%	0.79%	0.82%	-2.8%
Общие расходы на больничный сектор как % от общих гос.расходов на здравоохранение	84.59%	73.95%	66.86%	-21.0%
Общие расходы на больничный сектор в реальных значениях (тыс.сом)	619,955.6	585,420.3	647,033.4	4.4%
Общие расходы на больничный сектор в реальных значениях на душу населения (сом)	125.8	117.9	129.1	2.6%
Средняя зарплата врачей (реальное значение) (сом)	848.08	1,019.62	1,125.46	32.7%
Средняя зарплата медсестер (реальное значение) (сом)	574.69	686.97	752.80	31.0%

**IV. Расходы на реабилитацию инфраструктуры ПМСП и медицинское оборудование<sup>3</sup>**

ВБ - ремонт	1,348,186.67	643,549.34	58,651.88
ВБ – медицинское оборудование	0.00	41,293.00	1,952,173.00
КШППРЗ - ремонт		2,099,431.00	
КШППРЗ медицинское оборудование		416,268.00	
Др.			

**V. Больничная деятельность<sup>1</sup>**

Уровень занятости койки	83.3%	81.9%	82.7%	-0.7%
Уровень оборота койки	23%	23%	24%	5.7%
СППБ	13.3	13.0	12.5	-6.0%
Уровень госпитализации	14.5	12.7	12.8	-11.7%

Источник:

<sup>1</sup> РМИЦ

<sup>2</sup> "Социум Консалт"

<sup>3</sup> ВБ, КШППРЗ, KFW

### ***С. Реструктуризация больничной системы на третичном уровне***

Реструктуризация и оптимизация работы организаций здравоохранения на третичном уровне также проводились в процессе реформ, реализуемых в секторе здравоохранения. В настоящее время в КР существует 20 научно-исследовательских институтов, национальных центров и республиканских учреждений различных специализаций. Несмотря на то, что были достигнуты некоторые улучшения в этой области (как указано ниже), республиканские центры в гг. Бишкек и Ош достигли незначительного прогресса в реструктуризации и рационализации больниц, зданий и штатов. Наряду с необходимостью дальнейшей реструктуризации третичного уровня существует необходимость развития некоторых избранных третичных услуг, включая ремонт и реабилитацию существующей материально-технической базы.

Следующая реорганизация была осуществлена за период с 2001 по 2004 гг.:

- 1) В некоторых областях специализированные койки (ТБ, наркологические, психиатрические) были переданы ООБ.
- 2) Республиканский дермато-венерологический диспансер был переведен на территорию Республиканской клинической инфекционной больницы.
- 3) Национальный центр педиатрии и детской хирургии был создан посредством объединения 2-х педиатрических служб (КНИИА и П и Республиканской детской клинической больницы).
- 4) Родильный дом Кыргызского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии (КНИИА и П) был передан на баланс Национального Госпиталя МЗ КР.
- 5) Был создан Республиканский центр психического здоровья.
- 6) Был создан Научный институт сердечно-сосудистой хирургии и трансплантации органов.
- 7) Все урологические койки г. Бишкек были сконцентрированы на базе Национального Госпиталя МЗ КР с созданием Республиканского научного центра урологии.
- 8) Все травматологические койки г. Бишкек были объединены на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, где в последующем был создан Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии.

Несмотря на проводимую реструктуризацию и рационализацию на третичном уровне, значительные изменения были невозможны вследствие отсутствия стимулов, аккумуляирования средств и создания системы Единого Плательщика для городских и республиканских учреждений. Вследствие фокусирования на

улучшении ПМСП и сложностей внедрения реструктуризации на вторичном и третичном уровнях, существует необходимость в улучшении высоких технологий и программ на третичном уровне.

**Таблица 3. Деятельность медицинских организаций третичного уровня**

Деятельность стационарной службы (медицинские организации республиканского уровня)	годы			% изм.2001-2003
	2001	2002	2003	
Общее количество больниц	18	18	20	11,1%
Количество коек на 1000 населения	1,4	1,4	1,3	-7,6%
Занятость койки	309,0	308,0	297,0	-3,9%
Оборот койки	14,6	15,0	15,0	2,7%
СППБ	21,1	20,6	19,8	-6,2%
Количество госпитализаций	103968	103334	100633	-3,2%

Источник: РМИЦ

## **D. Реструктуризация системы общественного здравоохранения**

Система здравоохранения, унаследованная от бывшего Советского Союза, имела огромную и сложную систему санитарной и эпидемиологической службы (СЭС). Во многих Европейских странах деятельность СЭС интегрирована в функции ПМСП и общественного здравоохранения.

Реструктуризация системы общественного здравоохранения не была столь обширной, как реструктуризация системы предоставления медицинских услуг и нуждается в дальнейшей реализации в рамках следующей фазы реформы «Манас». Однако, были предприняты важные шаги по сокращению СЭС и лабораторной системы, а также по разделению функций по укреплению здоровья и охране здоровья. Кроме того, с целью модернизации деятельности по общественному здравоохранению были проведены обучающие мероприятия. В данном разделе мы вкратце представили некоторые основные моменты процесса реструктуризации общественного здравоохранения.

**(i) Разделение функций укрепления здоровья и охраны здоровья.** Общественное здравоохранение в республике, начиная с 2001 года, развивается в двух направлениях: охрана здоровья и укрепление здоровья. Министерством здравоохранения были разработаны и утверждены два основных документа: «Концепция реформирования и развития санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики на 2001-2005 годы» (11 января 2002 года) и «Концепция укрепления здоровья населения Кыргызской Республики на 2003-2007 годы» (30.12.2002 года).

**(ii) Реструктуризация лабораторной системы СЭС.** Основные шаги включали следующее:

- § 2 из 5 вирусологических лабораторий были закрыты.
- § Современным методам лабораторных исследований обучены 120 врачей-вирусологов, бактериологов и врачей-лаборантов. Проведены обучающие семинары для 293 медсестёр роддомов и прививочных кабинетов по безопасной практике иммунизации.
- § Аналогично 4 радиологических лабораторий были объединены в 2.
- § Структура санитарно-гигиенических и микробиологических лабораторий также была сокращена. На сегодняшний день функционируют 34 первичных (районные и городские ЦГСН) и 20 базовых лабораторий.
- § Установленное в рамках проекта «Реформирование сектора здравоохранения-2», финансируемого Всемирным Банком, современное лабораторное оборудование позволяет быстрее и более точно проводить лабораторные испытания и автоматически обсчитывать результаты испытаний.

**(iii) Реструктуризация оперативных отделов СЭС.** Наиболее важные шаги включали следующее:

- § Пересмотрена функция Республиканской противочумной станции (РПЧС) с преобразованием её в Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций (РЦКиООИ)

§ 75 эпидемиологов республики обучены вопросам современной системы эпидемиологического надзора, о роли ГСВ и ЦСМ в системе эпиднадзора при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях.

**(iv) Служба укрепления здоровья организована как самостоятельная служба Министерства здравоохранения** и на центральном уровне представлена Республиканским центром укрепления здоровья (РЦУЗ), на областном уровне – областными центрами укрепления здоровья (ОЦУЗ).

§ С целью интеграции службы укрепления здоровья с ПМСП созданы Кабинеты укрепления здоровья при районном ЦСМ или крупных ГСВ, имеющих юридический статус. Кабинеты укрепления здоровья будут заниматься координацией всех мероприятий по продвижению здорового образа жизни. Кабинеты укрепления здоровья будут играть ключевую роль в активизации местного сообщества, содействуя организации комитетов здоровья в селах, и с другой стороны, помогая работникам ГСВ сотрудничать как с комитетами здоровья, так и другими организациями в селах, работы которых связаны с укреплением здоровья населения.

§ По всей республике проведена работа по подготовке тренеров (200 человек) по вопросам укрепления здоровья в областных центрах укрепления здоровья и ЦСМ районов/городов.



## **IV. Влияние на эффективность и доступность**

Предыдущие разделы описывали основную деятельность в рамках программы «Манас» по реструктуризации и реорганизации системы предоставления медицинских услуг. В данном разделе мы рассмотрим влияние этих изменений на ключевые единицы измерения функционирования системы здравоохранения. Основной задачей реструктуризации было улучшение эффективности системы здравоохранения, не ограничивая доступ к медицинским услугам. В данном разделе мы дали оценку влиянию реструктуризации на эффективность предоставления медицинских услуг и доступ к медицинским услугам.

### ***A. Улучшение эффективности***

Измерение эффективности системы здравоохранения – трудная задача. Единицы измерения эффективности обычно сравнивают результаты работы системы здравоохранения (приемы, госпитализация) с затратами (штаты, койки, средства). Для того, чтобы сделать заключение о любом качественном изменении из этих исходных данных, мы предположим, что качество останется постоянной величиной. В существующей системе здравоохранения КР мы не можем свободно предположить это, так как практические модели меняются и таким образом, индикаторы эффективности должны интерпретироваться с осторожностью. Задokumentированные изменения могут сигнализировать не об изменениях в эффективности, а об изменениях в качестве услуг. Мы будем использовать данное предостережение как напоминание.

Мы выбрали следующие три индикатора для оценки эффективности как на первичном уровне, так и в больничном секторе:

- Сэкономленные средства от коммунальных расходов в результате реструктуризации больниц
- Деятельность (производительность) больниц
- Эффективность распределения средств между ПМСП и больницами

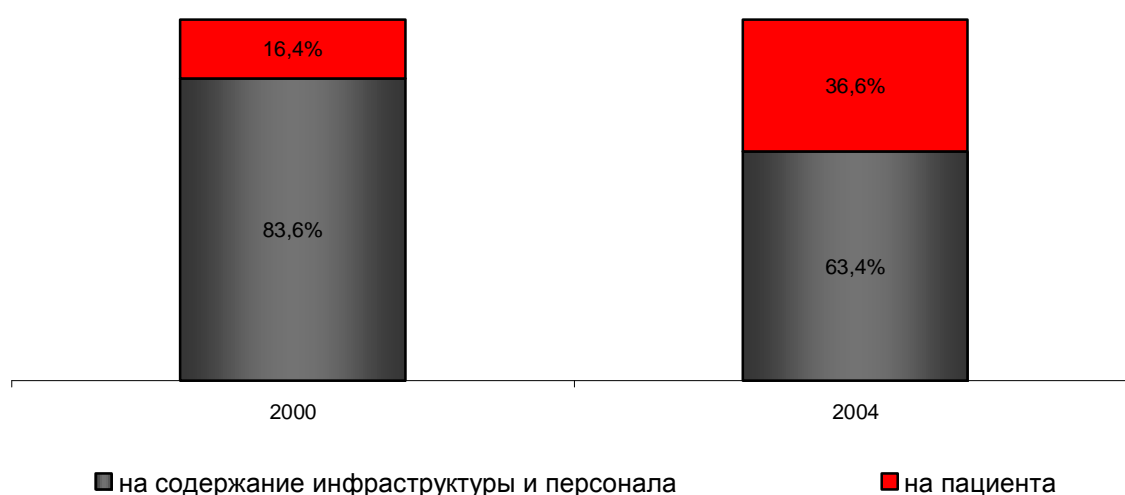
В данных разделах мы определенно покажем, что эффективность системы здравоохранения КР улучшилась за период с 2001 по 2003 г. Мы делаем вывод, что реструктуризация была необходимым условием для достижения целей эффективности.

#### **1. Сокращение коммунальных расходов больниц в результате реструктуризации**

Одним из важных достижений процесса реструктуризации и рационализации является значительный успех в закрытии и объединении зданий и значительном сокращении занимаемых площадей, необходимых для функционирования системы здравоохранения в целом. Одновременно с сокращением площадей и закрытием зданий проводилась работа по сокращению коммунальных расходов посредством улучшенного планирования и контроля процессов, включая теплоизоляционные методы и технологии.

Сокращение физической инфраструктуры и человеческих ресурсов позволило системе здравоохранения выделять больше средств из скудных ресурсов на прямые медицинские расходы (лекарства и продукты медицинского назначения). График 7 внизу иллюстрирует распределение средств здравоохранения, выделяемых учреждениям и штатам с одной стороны, и на лечение пациентов с другой стороны. В 2000-2004 доля средств здравоохранения, выделяемая на лечение пациентов, возросла от 16,4% до 36,6%. Такое существенное перераспределение расходов было бы невозможным без значительного сокращения инфраструктуры предоставления услуг.

**График 7. Доля расходов здравоохранения на инфраструктуру и лечение пациентов 2000-2004**



Источник: ФОМС

Это важное заключение, т.к. как было указано во Введении, реструктуризация не осуществлялась в «вакууме», а была частью более широкой системной реформы, где различные элементы реформ логически связаны друг с другом. Реструктуризация и рост расходов на непосредственное лечение пациентов позволило внедрить политику сооплаты. Это позволило больницам иметь больший запас лекарственных средств, что в свою очередь повлияло на снижение неформальных платежей за лекарства и врачам при госпитализации.

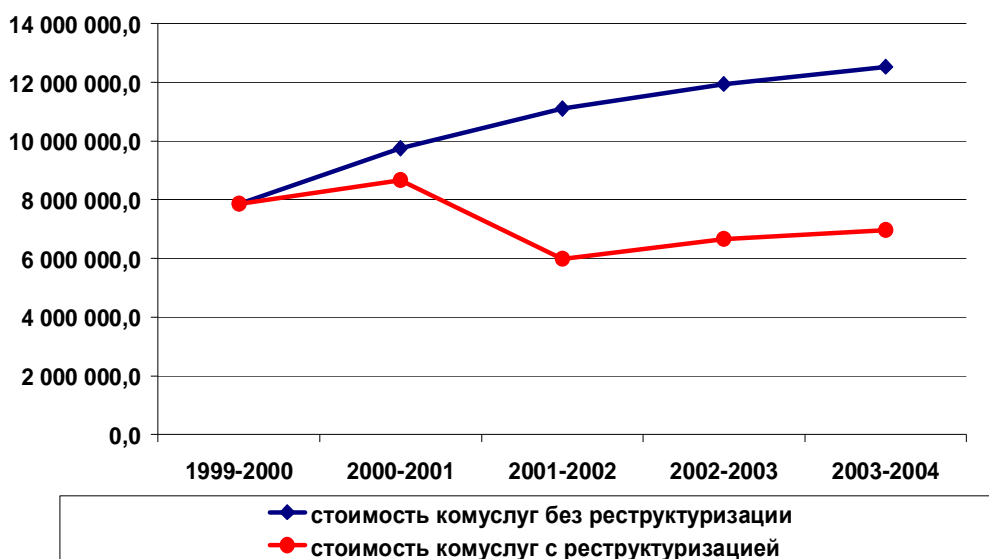
Предыдущий график по государственным расходам не показывает настоящего эффекта по сокращению коммунальных расходов в результате реструктуризации. Это произошло вследствие удвоения тарифов на основные виды коммунальных услуг за указанный период. Рост тарифов дисбалансирует влияние реструктуризации на сокращение потребления коммунальных услуг. Вследствие того, что потребление коммунальных услуг непосредственно связано с реструктуризацией, в то время как стоимость коммунальных услуг не связана с реструктуризацией, потребление является лучшей единицей измерения настоящего эффекта реструктуризации на сокращение коммунальных расходов.

Для разделения влияния на потребление и влияния на стоимость ПАПЗ проводил исследование на протяжении 4 лет в 8 больницах трех областей, где процесс реструктуризации был наиболее продвинут: Чуй, Иссык-Куль и Нарын. Данные больницы включали Иссык-Атинскую, Сокулукскую, Иссык-Кульскую, Тонскую, Кочкорскую, Жумгалскую, Ат-Башинскую и Ак-Талинскую территориальные больницы. Сбор данных производился каждый год в период с 2000 по 2004 гг.

В результате исследования было выявлено, что имело место существенная экономия средств вследствие реструктуризации коммунальных расходов. (График 8). Реальные коммунальные расходы больниц отмечены красным цветом. Голубым цветом показано то, какими были бы расходы больниц, если реструктуризация не проводилась. Мы получили голубую линию, используя уровень потребления коммунальных услуг до реструктуризации по возросшим ценам, преобладающим в каждый период.

График 8.

**Сравнение стоимости комуслуг в 8 обследованных больницах с и без реструктуризации, КР, в сомах**



Источник: Чечейбаев. 2004 "Экономия от реструктуризации." WHO-DFID Информационный обзор № 6.

Реструктуризация восьми больниц в трех областях привела к 10% снижению коммунальных расходов за последние 4 года (по сравнению с 1999 г.) Разделяя данную цифру на влияние на стоимость и влияние на потребление, мы обнаружим, что, если бы реструктуризация не проводилась и потребление коммунальных услуг осталось на уровне 1999 г., тогда коммунальные расходы увеличились бы в среднем на 44% за 4 года и на 57% в 2004 г. вследствие возросших тарифов на энергоресурсы.

Исследование ПАПЗ, а также деятельность КШППРЗ показывают, что экономия средств является не только результатом сокращения, но и улучшения энергетической эффективности отопления, водоснабжения и освещения в больницах. Основной стратегией дальнейшей реструктуризации является необходимость в дальнейшем улучшении эффективности и сокращении

использования основных коммунальных услуг, включая электроэнергию, воду и особенно отопление. Проект «РСЗ-1» и соответствующая работа в рамках ПАПЗ и программ SDC показали, что необходимы четкая стратегия и распределение нового капитала для сокращения коммунальных расходов во всех областях. Необходимо разработать долгосрочный план, определяющий и решающий проблему потери 70% тепла в зданиях вследствие плохой или полного отсутствия термоизоляции. Новая термоизоляционная техника (смесь глины и соломы, что в 7 раз дешевле; новые угольные печи как в Жумгале, а также системы для использования более дешевой ночной электроэнергии для отопления) как было разработано в рамках одного из проектов SDC. Необходимо дальнейшее фокусирование на сокращении объема потери тепла в старых зданиях, что должно оставаться приоритетом. Данная деятельность должна быть частью «незавершенной программы» в рамках Манас-1 и требует дальнейшего улучшения физической инфраструктуры. Это может быть широкой областью для экономии средств и при успешной реализации потребует вовлечения доноров. Более подробные данные и информация по реструктуризации и рационализации в данной области даны в Приложении.

## 2. Деятельность (производительность) больниц

Таблица 4 представляет некоторые предварительные показатели деятельности (производительности) больниц. Мы исключили из анализа г. Бишкек, т.к. было сложно провести разделение различных уровней предоставления медицинских услуг и, соответственно, данных по структуре, штатам, расходам и деятельности. Мы включили только те учреждения, которые работают в системе Единого Плательщика. Цифры показывают, что деятельность (производительность) больниц за период с 2001 по 2003 г. возросла по всем показателям. Хотя, госпитализации снизились, вложения системы здравоохранения уменьшились, в дальнейшем приведя к повышению продуктивности на койку и на штаты.

**Таблица 4. Показатели производительности больниц, работающих в системе Единого Плательщика**

	2001 Всего (искл.Бишкек)	2003 Всего (искл.Бишкек)	% изменения Всего (искл.Бишкек)
<b>1. Результаты</b>			
Количество госпитализаций в системе Единого плательщика	552,067	452,117	-18.1%
<b>2. Затраты</b>			
Количество коек	19,160	15,518	-19.0%
Количество врачей	5,891	4,033	-31.5%
Количество медсестер	14,899	10,461	-29.8%
Количество прочего персонала	14,234	11,576	-18.7%
Общее количество персонала в больничном секторе	35,024	26,071	-25.6%
<b>3. Показатель производительности</b>			
Кол-во госпитализаций на койку	28,81	29,14	1,1%
Кол-во госпитализаций на одного врача	93,7	112,1	19,6%
Количество госпитализаций на одну медсестру	37,1	43,2	16,6%

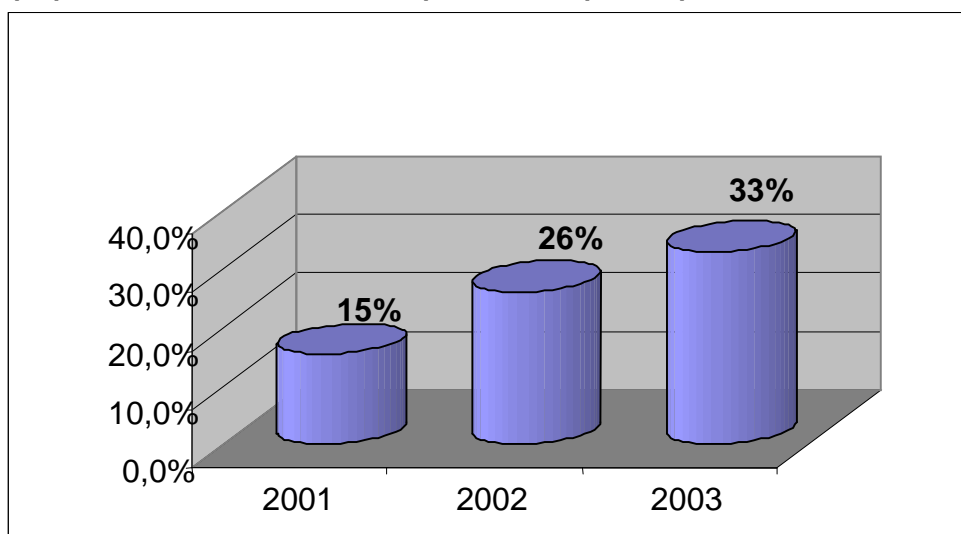
Источник: Социум Консалт

### 3. Эффективность распределения расходов сектора здравоохранения

Наш последний показатель изменения эффективности в результате реструктуризации включает распределение бюджета здравоохранения между различными уровнями, в частности, между ПМСП и больницами. В начале переходного периода система здравоохранения КР была ориентирована на больницы и уделяла мало внимания ПМСП и укреплению здоровья. Большая часть государственных средств распределялась больницам, в частности, специализированным учреждениям.

Как видно из Графика 9 доля ПМСП в общих расходах здравоохранения удвоилась за период с 2001 по 2003 гг. и увеличилась с 15% до 33%. Данный рост совпадает с самым интенсивным периодом реструктуризации и реструктуризация являлась необходимым условием для достижения такого сдвига. Изменение баланса расходов вряд ли было бы возможно без сокращения больничной инфраструктуры.

График 9. Доля ПМСП в общих расходах здравоохранения в системе единого плательщика



Источник: Социум Консалт

В сопутствующем документе мы также показываем, что такой сдвиг к ПМСП привел к значительной экономии средств для системы здравоохранения через Дополнительный Лекарственный Пакет. Мы показали, что целенаправленное финансирование фармацевтического лечения болезней на амбулаторном уровне может достичь большой экономии средств посредством сокращения госпитализаций и улучшения качества предоставления медицинских услуг.

## **В. Улучшение доступа к медицинским услугам**

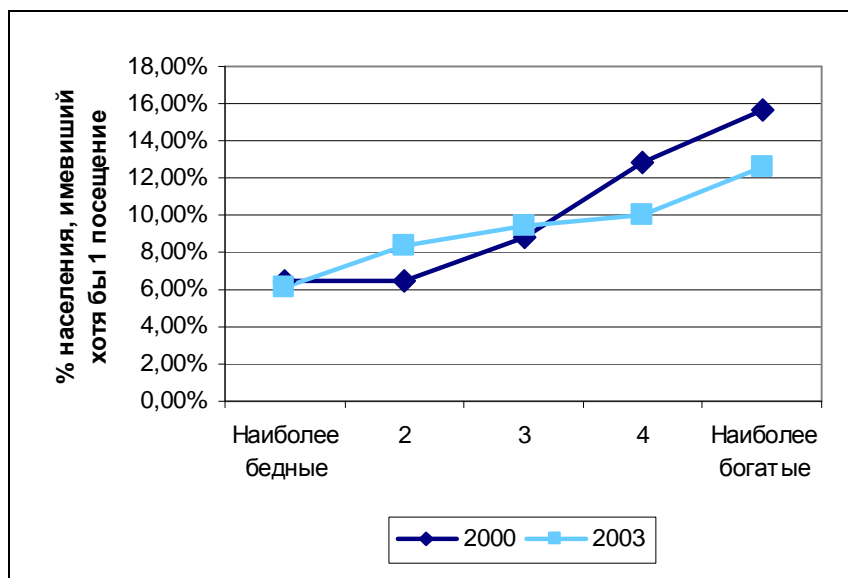
### **1. Доступ к услугам ПМСП**

Как указано в предыдущих таблицах, общее количество посещений и госпитализаций в КР сократилось за период с 2001 по 2003 гг. Как обсуждалось ранее, это желательный эффект, если данное сокращение влияет главным

образом на необоснованное использование медицинских услуг. Однако, многие обеспокоены тем, что реструктуризация и политика сооплаты создали барьеры для доступа к медицинским услугам бедному населению. Мы взяли данные исследования Нацстаткома за 2001-2004 для определения наличия барьеров к доступу, проведя оценку изменений в распределении использования медицинских услуг, имевших место во время реструктуризации. Детальные выводы по данному вопросу представлены в сопроводительном документе (Якаб и др. 2005 "Преимущества системы Единого Плательщика в КР: анализ снижения государственных расходов)

Темная линия внизу показывает распределение амбулаторных посещений (ПМСП+специалисты амбулаторного уровня) по расходному квинтилю. Она показывает, что в 2001 г. 20% самых богатых пациентов прибегали к амбулаторным услугам в два раза чаще, чем 20% малообеспеченных пациентов. Наблюдалась значительная социо-экономическая несправедливость в распределении использования медицинских услуг. К 2003 г. уровень посещений снизился, но снизился неравномерно среди хорошо обеспеченной половины населения. Уровень посещений среди бедного населения и третьего квинтиля не изменился и мы видим значительный рост уровня посещений для второго квинтиля. В целом, распределение использования медицинских услуг показывает значительный рост в социо-экономической справедливости за указанный период.

**График 10. Распределение посещений (ПМСП + специалисты амбулаторного уровня)**



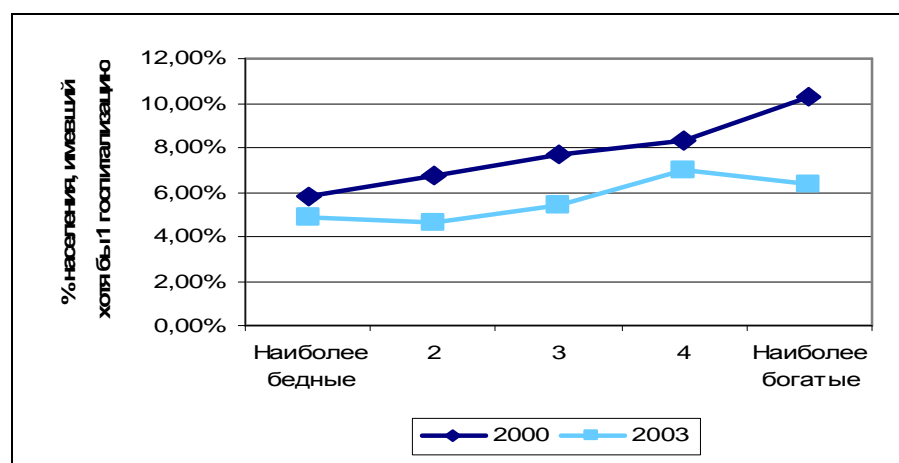
Источник: Якаб и др. 2005 "Преимущества системы Единого Плательщика в КР: анализ снижения государственных расходов

На основании данного графика мы сделали вывод, что доступ к специалистам ПМСП и амбулаторного уровня не ухудшился для экономически уязвимых групп населения за период проведения реструктуризации.

## 2. Доступ к стационарным услугам

График 11 демонстрирует изменения в распределении уровня госпитализации. Темная линия (2001) опять показывает наличие значительной социально-экономической несправедливости. 20% хорошо обеспеченного населения пользовалось больничными услугами в два раза чаще, чем 20% бедного населения. К 2003 г. распределение уровня госпитализации стал более справедливым. Богатые используют стационарные услуги немногим чаще, чем бедные.

График 11. Распределение госпитализации



Источник: Якаб и др., 2005 "Преимущества системы Единого Плательщика в КР: анализ снижения государственных расходов"

Коэффициент использования больниц снизился по всем социально-экономическим группам. Для бедного населения он снизился слегка, хотя для богатого населения — на 40%. Мы также видим значительное сокращение уровня госпитализации для среднего квинтиля. Несмотря на то, что данные выводы требуют дальнейшего изучения, это не говорит о значительном росте барьеров к доступу для бедного населения. Если бы барьеры существовали, коэффициент использования больниц снизился бы в большей степени для бедного населения, чем для богатого. Помимо барьеров для доступа, более приемлемое объяснение данных выводов — это изменение модели лечения. Новые модели лечения могут быть менее зависимы от госпитализации и более зависимы от амбулаторного ухода и лекарственных средств.

Как было отмечено ранее, в процессе реструктуризации большая часть малоэффективных сельских участковых больниц была реорганизована в ГСВ или структурные подразделения территориальных больниц. Доля реорганизованных СУБ в общем числе сокращенных больниц составила 78,4%. Поскольку реструктуризация СУБ предполагала сокращение коек и медицинского персонала, то наряду с достижением определенной экономии финансовых средств важным моментом являлось сохранение доступности населения к медицинской помощи. В связи с этим было проведено исследование, в отдельно взятом регионе, по определению влияния реструктуризации СУБ на доступность сельского населения к основным видам медицинских услуг (Проект анализа политики здравоохранения, ВОЗ/DFID). Данное исследование показало, что трансформация СУБ в ГСВ и СП

ТБ практически не повлияла на доступность населения к терапевтической и педиатрической помощи. Наиболее чувствительной к процессу реструктуризации оказалась служба родовспоможения, что побудило вновь открыть дополнительные родильные койки. В целом, к 2003 году, доступность ко всем видам медицинских услуг осталась на том же уровне, как и до трансформации СУБ.

## V. Извлеченные уроки

Многие полезные уроки были извлечены из проекта «РСЗ-1» в отношении деятельности по реструктуризации и рационализации.

***Реструктуризация была ответом на «требование реформы» – осознание того, что реструктуризация не имела альтернативы в условиях ограниченного государственного финансирования.*** Цели программы «Манас» включали улучшение финансовой защищенности, оптимизацию географической и социо-экономической несправедливости, а также методов лечения для достижения лучших результатов. Эти цели, однако, были недостижимы при ограниченных государственных ресурсах. Таким образом, устранение недостатков и достижение значительной экономии средств было предпосылкой для дальнейшего улучшения других целей системы здравоохранения. Мы считаем, что ключевым уроком реформы в Кыргызстане стало то, что реструктуризация не имела альтернативы, т.к. существующая система здравоохранения была финансово неустойчивой.

***Реструктуризация являлась одним из аспектов более широкой реформы системы здравоохранения: последовательная реформа системы финансирования важна для создания правильных стимулов к сокращению, и рост автономии поставщиков был необходим с тем, чтобы руководители учреждений могли реагировать на эти стимулы.*** Реструктуризация была успешно внедрена в Кыргызстане, т.к. она была компонентом более широкой реформы системы здравоохранения, а не независимой деятельностью. Реформа системы финансирования, в частности, являлась ключевой для успеха реструктуризации в обеспечении правильных стимулов для сокращения. Без стимулов на всех уровнях системы здравоохранения различные заинтересованные стороны не смогли бы реализовать необходимые изменения в системе по сокращению расходов, улучшению качества и доступа к медицинским услугам. Реформа финансирования здравоохранения включала создание пулов на областном уровне. Это снизило фрагментацию между финансовыми пулами и повысило покупательскую способность финансового посредника. Посредством оплаты на основе результатов реформа финансирования создала стимулы поставщикам медицинских услуг для повышения эффективности, а возросшая независимость позволила им реагировать на стимулы.

***Реструктуризация способствует повышению эффективности, и инвестирование в энергосберегающие механизмы является ключевым моментом.*** Основной стратегией в дальнейшей реструктуризации является необходимость в дальнейшем повышении эффективности и снижении расходов за использование основных коммунальных услуг, включая электроэнергию,



водоснабжение и, особенно, отопление. Работа, проводимая в рамках Проекта «РСЗ-1» и проектов ПАПЗ и SDC, показала, что необходима четкая стратегия и распределение сэкономленных средств для оптимизации коммунальных расходов во всех областях. Новая теплоизоляционная техника, внедряемая в рамках одного из проектов SDC, и дальнейшее фокусирование на снижении уровня потери тепла в старых зданиях, должны оставаться приоритетом.

***Необходимо уделять внимание к вовлечению заинтересованных лиц и их приверженности***

Реструктуризация в Кыргызстане не была возможна без поддержки и приверженности ключевых заинтересованных лиц (членов областных управлений здравоохранения, органов местного самоуправления, врачей, научных сотрудников и потребителей). С начала реализации программы Манас-1 Министерство здравоохранения регулярно привлекало ряд заинтересованных лиц как лидер процесса. Следовательно, когда начались реформы, это не было неожиданным. Однако, привлечение заинтересованных лиц не прекращается на протяжении всего процесса реформ.

***Не существовало «универсального решения» - успех требовал всестороннего подхода с вовлечением различных инструментов реформирования.*** Другим важным уроком является то, что не существует «универсальных решений» в секторе здравоохранения и для того, чтобы реформы здравоохранения достигли необходимых результатов, они должны быть всесторонними и охватывать систему здравоохранения в целом. В Кыргызстане развитие ФОМС комбинировалось с высоко эффективными инвестициями в систему предоставления медицинских услуг, в частности, в создание новых условий предоставления ПМСП, с интеграцией новой модели с реформами на вторичном и третичном уровнях с целью обеспечения дальнейшего предоставления медицинских услуг, обеспечения независимости учреждений и укрепления потенциала руководителей учреждений.

***Успешное пилотирование может являться эффективным механизмом реализации и может способствовать укреплению потенциала и поддержке заинтересованных сторон.*** Иссык-Куль предоставил возможность разработки базовой модели реформы здравоохранения. Самые ранние шаги по реформированию сектора пробовались именно в Иссык-Кульской области. Кроме того, Иссык-Куль стал очевидным символом реформ и очень помог в распространении реформ в других регионах республики, в частности дальнейшему распространению модели ГСВ. Иссык-Куль продолжает служить демонстрационным полем республики, т.к. реформы в этой области со временем углубились. Например, политика сооплаты на стационарном уровне была впервые введена в Иссык-Куле и Чуе (другая область, где реформы реализуются на протяжении 5 лет).

***Четкое сотрудничество доноров и проектов.*** Доноры принимают активное участие в секторе здравоохранения Кыргызстана. Однако, опыт других стран, зависящих от доноров, показывает, что донорская поддержка зачастую фрагментарна и местами дублируется, что означает, что сектор здравоохранения не получает донорскую помощь в должной мере и существует немного доказательств, демонстрирующих результаты донорской помощи по истечении

долгосрочного периода. Но, это не относится к Кыргызстану, где существует четкая координация доноров и что более важно, Министерство здравоохранения само координирует доноров. Минздрав может играть роль «рулевого», т.к. существует четкая секторальная стратегия, что способствует единому подходу.

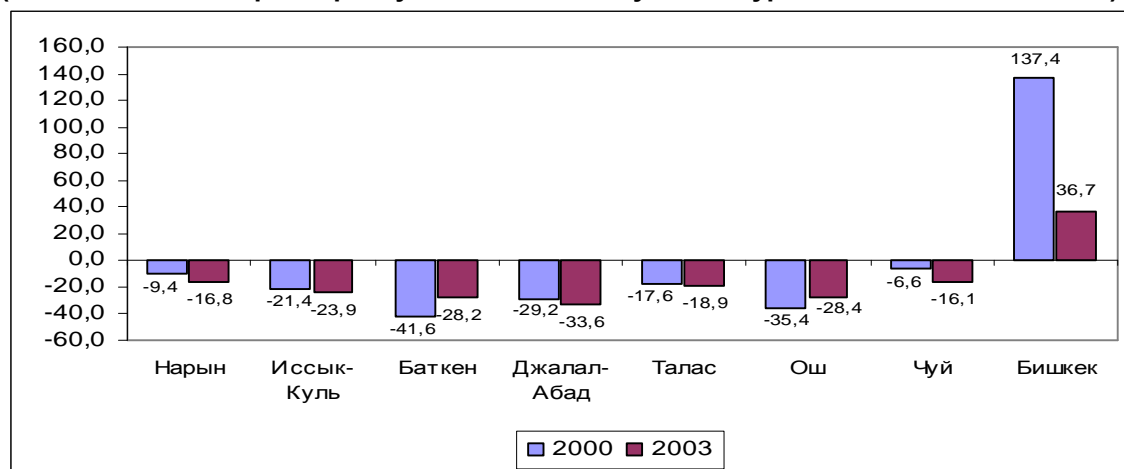
## VI. Вопросы, требующие дальнейшего решения в рамках «Манас-2»

Во время обзора деятельности по реструктуризации и рационализации в рамках программы «Манас», существовала необходимость документировать вопросы, которые должны быть решены в предстоящие годы, а также определить какие виды деятельности должны быть прекращены или продолжены в рамках «Манас-2». Ниже представлены основные вопросы:

### 1. Решение проблемы региональной несправедливости

Одной из оставшихся ключевых проблем, требующих решения, является улучшение дисбаланса в региональном распределении ресурсов. Существовала значительная региональная несправедливость в финансировании сектора здравоохранения. График 12 показывает, что в 2000 г. в Бишкеке расходы здравоохранения на душу населения были в 2-4 раза выше, чем в других областях страны и приблизительно в 1,5 раза выше, чем в среднем по республике. Следует отметить, что превышение уровня финансирования относительно среднереспубликанского было отмечено только в Бишкеке. К 2003 году разница в финансировании в Бишкеке относительно среднереспубликанского уровня значительно сократилось, однако по-прежнему наблюдалось превышение на 37%. Зачастую спорят, что причиной данной несправедливости являются третичные учреждения здравоохранения, расположенные в Бишкеке, и обслуживающие всю страну. Различные исследования, проводимые ВОЗ и другими организациями, показывают, что это ошибочное предположение: третичные учреждения, в основном, обслуживают население г. Бишкек и Чуйской области, т.к. у бедного населения нет средств для проезда и других расходов, связанных с получением лечения в третичных учреждениях. Прогресс в реструктуризации и рационализации излишней мощности в гг. Бишкеке и Оше является предпосылкой для более справедливого распределения средств в будущем.

График 12. Региональная несправедливость в распределении ресурсов здравоохранения (% отклонения от среднереспубликанского подушевого уровня в 2001 и 2003 годах)



Источник: ПАПЗ (WHO-DFID). 2004

Для оптимизации региональной справедливости, сложный процесс сокращения расходов вторичного и третичного уровней должен быть продолжен посредством рационализации и реструктуризации, включая дальнейшее сокращение больничных коек, средней продолжительности пребывания на койке, закрытие излишних учреждений, зданий и служб. Как обсуждалось ранее, данный процесс должен быть продолжен, т.к. основной областью прогресса являлась реструктуризация и рационализация коек, зданий и штатов в Бишкеке (республиканские и городские учреждения) и г. Ош/Ошской области, а также перераспределение средств из Бишкека в области, если это нужно и возможно в новых условиях.

## **2. Обеспечение реинвестирования средств, сэкономленных от реструктуризации и направленных на улучшение системы здравоохранения**

Как выявлено в результате исследования, за последние 4 года больницы после сокращения сэкономили до 40% на коммунальных расходах. Эти сэкономленные средства могут быть использованы на лекарственные средства и продукты медицинского назначения, а также на повышение заработной платы медицинского персонала. Это сокращает необходимость в неформальных платежах за эти товары и услуги. Однако, если бюджет сократится для тех областей, где проводилась реструктуризация, не будет достаточного количества лекарств, продуктов медицинского назначения и рост зарплаты прекратится. Таким образом, прямым следствием сокращения бюджета будет рост неформальных платежей персоналу и общая возросшая финансовая нагрузка на семьи. Как ранее обсуждалось, стимулы для реструктуризации на местном уровне снизились за последние несколько лет и реструктуризация в сельских регионах остановилась вследствие отсутствия стимулов для получения и сохранения сэкономленных средств в бюджете, средствах ФОМС на местном уровне. Это должно быть новым приоритетом в рамках «Манас-2».

## **3. Дальнейшая реструктуризация и оптимизация медицинских услуг на вторичном и третичном уровнях**

В рамках программы «Манас» были осуществлены минимальные улучшения в материально-технической базе больничного уровня (относительно малое количество больниц было реабилитировано) и очень мало улучшений имели место на третичном уровне (в основном, некоторое оборудование). В рамках Манас-2 пришло время разработать серьезный план для улучшения вторичного и третичного уровней. Это потребует средств на реабилитацию, ремонт, инструменты, базовое оборудование и новое высоко-технологичное оборудование и услуги. Данные улучшения должны согласовываться с реструктуризацией коек, зданий, оборудования, штатов и услуг на этих уровнях, особенно в Бишкеке и Оше. Процесс улучшенной экономии средств от коммунальных услуг вследствие усовершенствованной техники термоизоляции должен быть продолжен и потребует дополнительных инвестиций.

Дальнейшие улучшения в эффективности могут, в основном, ожидаться от прогресса реструктуризации больничного сектора в городах Бишкек и Ош. Для этого необходимо пересмотреть организационную структуру предоставления

услуг в данных областях и, при необходимости, сократить физическую инфраструктуру. Кроме того, формирование заработной платы персонала и сокращение фактических и бюджетных позиций также необходимы. Успешная реструктуризация в городах Бишкек и Ош требует завершения реформ по аккумулярованию средств в городах Бишкек и Ош.

#### **4. Дальнейшая реструктуризация и оптимизация медицинских услуг на первичном уровне**

Большей частью программа «Манас» и проекты «РСЗ-1» и «РСЗ-2» фокусировались на улучшении системы предоставления ПМСП. Успехи в данной области уже задокументированы, но продолжение этих реформ очень важно для улучшения качества услуг и доступа к медицинским услугам на первичном уровне. Дальнейшее усовершенствование материально-технической базы ГСВ\ЦСМ очень важно. Обеспечение рационального использования имеющихся ресурсов (медицинские инструменты, клиническое лабораторно-диагностическое оборудование, лекарства и др.) остается важным. Не смотря на достижение значительного прогресса в улучшении интеграции общественного здравоохранения, укрепления здоровья и предоставления ПМСП, существует необходимость в дальнейшем определении этих функций, разработке и внедрении стратегии по реформированию общественного здравоохранения в рамках интегрированной системы предоставления услуг. Необходимо разработать четкую нормативно-правовую базу по смешанным приемам в городских ГСВ\ЦСМ для обеспечения затрато-эффективности обучения специалистов семейной медицины. Дальнейшее внедрение клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины, имеющее позитивный клинический и экономический эффект, нуждается в дальнейшей поддержке в рамках «Манас-2».

#### **5. Дальнейшая реструктуризация и оптимизация СЭС и общественного здравоохранения**

Реструктуризация деятельности СЭС, включая оборудование, учреждения, штаты и функции была начата в рамках программы «Манас». Создание нового Республиканского центра укрепления здоровья и интеграция деятельности по общественному здравоохранению и укреплению здоровья в ПМСП было значительным достижением и нуждается в продолжении в рамках «Манас-2». Дальнейшая реструктуризация и рационализация СЭС и развитие современной функции общественного здравоохранения должны быть основным приоритетом «Манас-2». Важной предпосылкой этого, однако, является решение того, как сохранить сэкономленные средства от сокращений в системе СЭС. Без решения вопроса реинвестирования не будет стимулов для реструктуризации СЭС.

#### **6. Дальнейшее улучшение управления ЧР на всех уровнях здравоохранения.**

Дальнейшее эффективное управление человеческими ресурсами должно быть основным приоритетом «Манас-2». Не смотря на то, что многие области достигли отличного прогресса в увеличении заработной платы персонала, сокращении фактических и бюджетных позиций, это не было отражено в документах (Бишкек, Ош). Разработка анализа избытка узких специалистов была завершена в рамках программы «Манас», но до сих пор не найдено конкретного решения проблемы.

Человеческие ресурсы составляют большую часть расходов любой системы здравоохранения и дальнейшее улучшение расходов должно быть основным приоритетом. Большая экономия средств от сокращения позиций, штатов, перенаправление специалистов на первичный уровень и повышение заработной платы всего персонала за время реализации программы «Манас» продемонстрировали эффективность инвестирования средств в деятельность по управлению ЧР. Дальнейшее фокусирование ресурсов и донорской поддержки в рамках «Манас-2» для дальнейшего улучшения управления ЧР должно являться основным приоритетом.

# Приложения

## Приложение #1

### Управленческие и структурные изменения

---

С целью эффективной реализации программы программы «Манас» были необходимы некоторые управленческие и структурные изменения в секторе. Эти изменения происходили на протяжении многих лет, и являются результатом усилий и поддержки многих заинтересованных лиц. Большая часть данных изменений были успешными, некоторые были недостаточно полными и нуждаются в дальнейшем осуществлении в рамках «Манас-2». Ниже представлены основные изменения, достигнутые в рамках программы «Манас»:

- 1) Проведена значительная работа по усовершенствованию правовой базы, регулирующей вопросы здравоохранения. Следующие законы были приняты: Закон КР «Об охране здоровья населения КР» (новая редакция от ноября 2004 г.), определяющий правовую, экономическую и социальную базу функционирования сектора здравоохранения; Закон КР «О системе Единого Плательщика в финансировании здравоохранения КР (от 30 июля 2003 г.), регулирующий внедрение новых механизмов финансирования в организациях здравоохранения»; Закон КР «Об организациях здравоохранения КР» (от 13 августа 2004 г.), регулирующий общественные отношения, возникающие вследствие деятельности организаций здравоохранения; а также другие Постановления Правительства, регулирующие деятельность по реструктуризации здравоохранения.
- 2) Значительные институциональные реформы проводились на всех уровнях, включая Министерство здравоохранения, где был создан отдел ПМСП в 2001 г.
- 3) В рамках государственной политики децентрализации были созданы следующие независимые структурные подразделения при МЗ КР: ДЛОиМТ, ДГСЭН и ГУКВ; часть полномочий МЗ было передано этим подразделениям.
- 4) Произошло четкое разделение сектора здравоохранения на поставщиков и покупателей медицинских услуг. ФОМС, созданный в 1997 году, является покупателем медицинских услуг и выполняет роль Единого Плательщика с 2001 г.
- 5) В 2001-2002 гг. произошло разделение поставщиков на тех, кто предоставляет медицинские услуги на амбулаторном уровне (ГСВ/ФАПы), и тех, кто предоставляет услуги на стационарном уровне с открытием амбулаторно-диагностических отделений при больницах. Основной целью создания АДО было совместное рациональное использование имеющегося лабораторно-диагностического оборудования (ПМСП и больницами), а

также вовлечение больничных специалистов в процесс предоставления консультационных услуг населению.

- 6) В рамках «РСЗ-1» и «РСЗ-2» проводились основные мероприятия по переориентации системы предоставления медицинских услуг со стационарной на амбулаторную систему. Значительные усилия и средства были направлены на работу в сельских регионах с целью поддержки и распространения ГСВ по всей республике, включая создание АГСВ и АБ.
- 7) В 2001 г. МЗ решило создать Центры Семейной Медицины (ЦСМ) с целью координации и управления работы ГСВ, расположенных на определенных административных территориях, что включало возможность создания единой информационной системы здравоохранения (ЕИСЗ).
- 8) Согласно Концепции развития ЕИСЗ на 2001-2010 гг. на областном уровне были созданы областные медицинские информационные центры. Эти центры расположены физически на базе ТУ ФОМС и используют единую компьютерную систему. На районном уровне созданы медико-информационные отделы (МИО) в ЦСМ.
- 9) Областные управления здравоохранения были упразднены в 2000 г. согласно Постановления Правительства. Это явилось частью административных реформ, реализуемых в КР. Ответственность за координацию деятельности на областном уровне возложено на областные Координационные Советы.
- 10) Были организованы ряд неправительственных организаций (НПО), включая АГСВ, АБ, МАК и РЦУЗ, призванные оказывать содействие МЗ в его деятельности.
- 11) Значительные изменения произошли в области обеспечения населения лекарствами вследствие разгосударствления и приватизации фармацевтического сектора. Были разработаны Закон КР «О лекарственных средствах» и Национальная лекарственная политика. Концепция по рациональному использованию лекарственных средств реализуется в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Перечень жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВЛС) регулярно пересматривается и утверждается.
- 12) Клинические протоколы и новые нормы и стандарты внедряются в практику ГСВ с целью улучшения качества предоставления медицинских услуг.
- 13) МЗ совместно со специалистами ГУКВ, ПАПЗ, АБ и АГСВ провели исследование по анализу деятельности узких специалистов в ЦСМ и АДО. Был подготовлен отчет, включающий рекомендации. Большое количество узких специалистов на первичном уровне здравоохранения затрудняет дальнейшее развитие концепции семейной медицины, как отметил г-н Киес Шапвелд, Международный консультант SDC по реформе ПМСП. На этом этапе реформ здравоохранения сокращение узких специалистов в ЦСМ не представлялось возможным. Данная проблема связана с Законом КР «О всеобщей воинской обязанности» т 16 декабря 1992 г., согласно которому



МЗ должно проводить полное медицинское обследование всех призывников.

- 14) В настоящее время специализированные виды медицинских услуг постепенно интегрируются в службу ПМСП. Началась реформа СЭС, включая укрепление и модернизацию бактериологических служб. Начался процесс интеграции противо-эпидемиологической службы в деятельность ЦСМ и профилактики и лечения ИПП в практику ГСВ. Функциональные обязанности ГСВ теперь включают вопросы укрепления здоровья, ТБ, ОРИ, ведение болезней, сопровождающихся диареей, а также деятельность по укреплению репродуктивного здоровья.
- 15) Осуществляется внедрение Дополнительного Пакета ОМС для обеспечения экономической доступности лекарств для населения. Программа государственных гарантий реализуется на уровне ГСВ, не смотря на не совсем регулярное и адекватное финансирование.
- 16) Одним из основных результатов реструктуризации и рационализации больничного сектора является реорганизация малоэффективных небольших больниц в более эффективные учреждения, объединение специализированных учреждений и создание больниц общего профиля. В 2001 г. МЗ совместно с руководителями учреждений здравоохранения разработали планы реструктуризации больничных учреждений на основе сокращения излишних и неэффективных учреждений, не отвечающих современным техническим стандартам. Планы реструктуризации были одобрены Всемирным Банком до момента вступления проекта «РСЗ-2» в силу.
- 17) В рамках проекта «РСЗ-2» проведена значительная работа по пересмотру нормативных документов, регулирующих процесс реформ на первичном уровне. Регуляторная база приводится в соответствие с процессами реформ в стационарной службе. Работа по пересмотру существующей правовой базы должна быть продолжена.
- 18) Совет по реформе СЭС был создан при Главном санитарном враче КР. Было разработано новое типовое положение по ДГСЭН, согласно которому все областные, городские и районные СЭС были реорганизованы в ЦГСЭН. Шесть новых законов в области общественного здравоохранения были приняты и издано около 70 санитарных норм и правил.
- 19) Был создан Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ), а также областные центры укрепления здоровья (ОЦУЗ) и кабинеты укрепления здоровья (КУЗ) на районном уровне. КУЗы функционируют на базе ЦСМ и будут оснащены оборудованием, необходимым для работы с населением по вопросам здорового образа жизни.

## Приложение #2

### Источники данных

В данном Документе мы попытались связать различные источники данных и информации по реструктуризации. Ряд ведомств занимались сбором и отслеживанием различных аспектов деятельности по реструктуризации, но одни источники были неполными, другие противоречивыми. В данном приложении мы представили основные источники данных по ключевым индикаторам и логическое обоснование относительно выбора того ли иного источника в нашем исследовании.

Основные источники данных, использованные в данном исследовании, включают: РМИЦ, Социум Консалт, Проект «Развитие человеческих ресурсов системы здравоохранения» (DFID), АБ, АГСВ, ГУКВ и др.

#### А) Количество зданий площадей, консолидированный бюджет фактические расходы

Индикаторы мониторировались АБ и Социум Консалт

	Количество зданий	Площадь	Консолидированный бюджет	Фактические расходы
<b>АБ</b>	Принимались в расчет только здания, используемые больницами	Нет данных	Нет данных	Принимались в расчет фактические расходы (оплаченные счета)
<b>Социум Консалт</b>	Принимались в расчет все здания, находящиеся на балансе больниц (консервация, аренда и др.)	Данные имеются	Данные имеются	Учитывались данные по предъявленным счетам (оплаченные счета+задолженность)

Учитывая полноту данных по вышеуказанным индикаторам, было решено использовать данные Социум Консалт.

**Примечание:** в материалах Социум Консалт данные за 2002 идентичны данным 2003 г. и поэтому показатели за 2002 г. не были включены в отчеты по зданиям и площадям. При необходимости все данные могут быть предоставлены.

#### В) Заработная плата

Индикаторы мониторировались АБ и Социум Консалт

	Расчет заработной платы	Штаты	Средняя зарплата по категориям
<b>АБ</b>	-Показатели по больницам; -Показатели фактического фонда оплаты труда;	Принимались в расчет занятые ставки	Ниже представлены данные по 4 категориям
<b>Социум Консалт</b>	-Показатели по больницам, ПМСП и СЭС; -Принимался в расчет фонд заработной платы	Принималась в расчет штатная численность	Выше даны данные по 4 категориям (младший и прочий персонал одной строкой)

Расчеты и данные Социум Консалт были взяты за основу, т.к. они включали данные по ПМСП и СЭС, в то время как АБ отслеживала данные только по зарплате больничного персонала.

### **С) Деятельность стационарной и амбулаторной служб**

Были использованы данные РМИЦ, т.к. они являются официальными окончательными цифрами по всей республике, за исключением, если не оговорено противное в таблицах.

### **Д) Данные по штатам**

	<b>Staff</b>
<b>Социум Консалт</b>	-данные за 2001-03. -принималась в расчет штатная численность по 3 категориям (младший и прочий персонал); -нет данных по занятым ставкам и физическим лицам; -штат подразделяется на: 1.больницы (без учета специализированных больниц: ТБ, онкологической и др.) 2. ПМСП (врачи ГСВ+узкие специалисты) 3.СЭС
<b>Проект «Развитие человеческих ресурсов в системе здравоохранения (DFID)</b>	-Источник: РМИЦ; -данные за 2000-03; - штатная численность, занятые ставки и физические лица по 4 категориям; -штаты делятся на: 1.больницы (все учреждения с койками, включая спецбольницы) 2. ПМСП (врачи ГСВ+узкие специалисты); 3. другие (стоматологи, диспансеры без коек, СЭС, ЦУЗ, СПИД и др.); -штат образовательных учреждений принимался в расчет;
<b>АГСВ</b>	-данные единственного мониторинга (конец 2002 по 2003 включительно); -штаты ПМСП; - штатная численность, занятые ставки и физические лица по 4 категориям; -данные по штатному составу;
<b>АБ</b>	-данные за 2002-2003; -штаты больниц; - штатная численность, занятые ставки и физические лица по 4 категориям; -данные за 2001: нет разделения штата на штаты ТБ и ЦСМ

1. Данные DFID были использованы в общем разделе, т.к. они дают полную картину по всей республике.
2. Данные Социум Консалт были взяты за основу в отчетах по областям, т.к. он связаны с данными по зарплате.

### Приложение #3

#### Перечень нормативно-правовых документов, касающихся реструктуризации системы предоставления медицинских услуг

<i>Дата</i>	<i>№ Приказа</i>	<i>Исполнитель</i>	<i>Содержание</i>
18.01.00	8	УД	О реорганизации областных управлений здравоохранения
09.02.00	24	ГЛПУ	О реструктуризации лечебно-профилактических учреждений Баткенской области
09.02.00	25	ГЛПУ	О типовом положении об областной объединенной больнице
22.04.00	123	УОН и КП	О передаче гинекологической больницы в состав Перинатального центра
27.04.00	134	ГЛПУ	О реорганизации аллергологической службы республики
04.05.00	138	ГЛПУ	Об организации Республиканского центра психического здоровья МЗ КР
03.06.00	177	ГЛПУ	О рационализации деятельности противотуберкулезных учреждений республики
30.06.00	221	ГЛПУ	О внесении изменений в приказ МЗ КР от 03.06.00 № 177 «О рационализации деятельности противотуберкулезных учреждений республики»
21.08.00	272	ТКК	О дальнейшем внедрении реформы здравоохранения в КР
23.08.00	275	ГЛПУ	О проведении мониторинга рационального использования л/с в стационарах и обоснованности госпитализации больных
30.08.00	284	ГЛПУ	О передаче с баланса строений
26.09.00	322	УОН и КП	О введении контрактной формы найма на работу руководителей учреждений здравоохранения КР
29.09.00	333	ГЛПУ	О внесении изменений в приказ МЗ КР № 177 от 03.06.00 «О рационализации деятельности противотуберкулезных учреждений республики»
05.10.00	341	УОН и КП	Об обновлении Национальной базы данных по персонифицированному учету кадров сектора здравоохранения
02.11.00	374	ГЛПУ	О рационализации коечного фонда
14.11.00	378	ГУКВ	О проведении семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы Чуйской области
24.11.00	398	ДЛО и МТ	О предварительных итогах единовременной переписи медицинского оборудования
27.11.00	399	ГУКВ	О проведении семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы в Иссык-кульской и Нарынской областях
06.12.00	413	УОН и КП	Об утверждении положения «О механизмах обновления Национальной базы данных по персонифицированному учету кадров сектора здравоохранения»

<b>Дата</b>	<b>№ Приказа</b>	<b>Исполнитель</b>	<b>Содержание</b>
19.12.00	425	ТКК	О проведении рабочего семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы, расположенной на территории г.Бишкек
28.12.00	436	ГЛПУ	О закрытии КНИИА и П
19.01.01	13	ГЛПУ	Об объединении консультативных поликлиник НГ
24.01.01	19	ТКО	О проведении семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы Таласской области
24.01.01	22	ГЛПУ	О создании самостоятельных учреждений по охране репродуктивного здоровья в Иссык-кульской области
14.02.01	39	ТКО	О проведении семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы Жалалабатской области
15.02.01	40	ГУКВ	О центре семейной медицины
26.02.01	54	ГЛПУ	О внесении изменений в приказ МЗ от 20.06.00 «Об оказании населению ПМСП»
14.03.01	77	ФОМС	Об исполнении Программы реструктуризации системы здравоохранения районов (городов) Чуйской и Иссык-кульской областей на 2001 год
15.03.01	81	ТКО	О проведении семинара по разработке плана реструктуризации и рационализации госпитальной службы г.Ош и Баткенской области
23.03.01	89	ГУОМП и Л	О реорганизации и реструктуризации детской психиатрической больницы с.Ивановка Иссык-Атинского района
02.04.01	101	ТКО	О центре семейной медицины
17.04.01	120	ТКК	О проведении семинаров по реструктуризации амбулаторно-поликлинических учреждений и ООБ
11.05.01	147	ГУКВ	Об организационных мерах по формированию новой структуры здравоохранения районов Чуйской и Иссык-кульской областей
18.06.01	215	ГУОМП и Л	О Национальном центре онкологии при МЗ КР
05.07.01	243	ГУОМП и Л	Об амбулаторно-диагностическом отделении больницы
04.10.01	339	ГУОМП и Л	О расширении функций амбулаторно-диагностического отделения КНЦТ
30.11.01	420	ГУОМП и Л	О реорганизации Айдаркенской номерной больницы и Перинатального центра в филиал Баткенской ООБ и ЦСМ Кадамджайского района
06.02.02	52	ГУОМП и Л	О создании комиссии по разработке порядка использования высвобождаемых объектов учреждений здравоохранения республики
26.03.02	108	ГУОМП и Л	Об утверждении положения «Об учреждениях, оказывающих стационарную психиатрическую помощь»
16.07.02	296	ГУОМП и Л	Об изменениях в размещении РКВД и РЦН
19.07.02	303	ГУОМП и Л	О структуре учреждений здравоохранения Нарынской и Таласской областей
19.07.02	305	УЭ и ФП	О лимитах потребления электрической и тепловой энергии бюджетными организациями МЗ КР на

<b>Дата</b>	<b>№ Приказа</b>	<b>Исполнитель</b>	<b>Содержание</b>
			2002 год
25.07.02	311	ДГСЭН	О реструктуризации материально-технической базы учреждений здравоохранения Жалалабатской и Таласской областей
28.10.02	440	ГУОМП и Л	О создании областных ЦСМ Жалалабатской и Баткенской областей
10.01.03	3	ГУОМП и Л	Об организации управления и координации деятельности учреждений здравоохранения на областном уровне
15.01.03	10	ГУОМП и Л	О лицензировании частной медицинской практики в КР
28.02.03	68	ГУОМП и Л	О регулировании занятия частной медицинской практикой руководителями государственных медицинских учреждений
19.03.03	93	ГУОМП и Л	О центрах семейной медицины г.Ош
02.04.03	109	ФОМС	О дальнейшей реструктуризации отдельных лечебных учреждений, работающих в в новых условиях финансирования
20.05.03	187	ГУОМП и Л	КНИИК и ВЛ
29.07.03	319	ГУОМП и Л	О реструктуризации и рационализации нейрохирургических, неврологических и ортопедических коек в стационарах г.Бишкек
31.07.03	326	УЭ и ФП	О списании зданий лечебных корпусов филиала № 1 РЦПЗ с.Чым-Коргон
23.10.03	459 460 4 61	УЭ и ФП	О передаче оборудования
17.11.03	510	ГУОМП и Л	О проведении реструктуризации коечного фонда в Национальном госпитале, Городской клинической больнице скорой медицинской помощи, Городской клинической больнице №1
27.11.03	524	РМИЦ	Основные изменения статистической отчетности
26.12.03	584	РМИЦ	Об упорядочении ведения первичной учетной документации и отчетности в учреждениях здравоохранения, оказывающих больничные услуги

## Приложение #4

Данные по реструктуризации ПМСП

---

**Table A.4.1 Количество ЦСМ и ГСВ, по регионам**

Регионы	ЦСМ			ГСВ			в том числе ГСВ - сам. юрид. лица		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Нарынская	1	6	6	59	45	45	0	0	0
Таласская	1	5	5	31	27	27	10	9	9
Баткенская	4	5	8	70	75	76	0	0	0
Жалалабатская	1	14	14	139	137	137	0	1	2
Иссык-Кульская	7	7	7	67	45	44	14	14	14
Ошская	14	17	11	173	150	109	0	0	0
Г.Ош	11*	7	7	43	40	40	0	0	0
Г.Бишкек	19*	19	19	99	99	99	0	0	0
Чуйская	10	10	10	110	93	91	7	5	6
<b>Кыргызская Республика</b>	<b>39</b>	<b>83</b>	<b>87</b>	<b>748</b>	<b>671</b>	<b>668</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>31</b>

Источник информации: Республиканский медико-информационный центр.

Примечание: \*поликлиники объединенные

Таблица А.4.2 Число посещений на уровне ПМСП, 2001-03

Область	год	Количество посещений на приеме		Количество посещений на дому		Общее число посещений	Число случаев поликл. обл.
		Всего	Из них по болезни	Всего	Из них по болезни		
Нарынская	2001	933300	272100	113200	40300	1046500	79924
	2002	663678	183737	103591	40671	767269	-
	2003	655325	224186	113773	37818	769098	221090
Таласская	2001	750092	331942	98500	56086	848592	382150
	2002	591522	261564	80270	40710	671792	-
	2003	540685	248453	75782	44733	616467	264258
Баткенская	2001	1233156	533817	190611	58973	1423767	353675
	2002	1142523	484164	213609	67059	1356132	-
	2003	946177	369602	169074	61805	1115251	344252
Жалалабатская	2001	2739989	868383	419249	115779	3159238	1250043
	2002	2401361	741670	428384	120601	2829745	-
	2003	2251409	743096	447792	118906	2699201	1199379
Иссыккульская	2001	1256933	491877	209500	96109	1466433	365045
	2002	1083141	465745	192760	75804	1275901	-
	2003	1084865	436078	209193	66148	1294058	393253
Ошская	2001	2942303	1068340	392684	99942	3334987	928054
	2002	3773172	1348701	739414	217114	4512586	-
	2003	1841479	633582	345331	92469	2186810	773877
г. Ош	2001	-	-	-	-	-	-
	2002	-	-	-	-	-	-
	2003	985414	327419	197379	46738	1182793	256567
г. Бишкек	2001	4323578	1719656	748900	304890	5072478	1304245
	2002	4392847	1908576	709846	268793	5102693	-
	2003	4396782	1956386	737709	309799	5134491	1869625
Чуйская	2001	2316059	1127524	323174	129756	2639233	1075563
	2002	2016998	903940	323775	120562	2340773	-
	2003	1934213	973104	369778	164280	2303991	1037925
КР*	2001	16495410	6413639	2495818	901835	18991228	5738699
	2002	16065242	6298097	2791649	951314	18856891	-
	2003	14636349	5911906	2665811	942696	17302160	6374487

Источник информации: Республиканский медико-информационный центр.

Примечание: \*Показатели указаны без учета посещений консультативных поликлиник республиканских учреждений г.Бишкек



**Таблица А.4.3 Количество специалистов, переобученных по Семейной Медицине**

<i>Индикатор</i>	<i>Всего из кредита</i>	<i>2003</i>	
	<i>ВУ 2002</i>	<i>ВБ</i>	<i>Республиканский бюджет</i>
<b><i>Количество переобученных врачей ГСВ</i></b>	<b>1654</b>	<b>492</b>	<b>65</b>
<i>Бишкек</i>	485	-	44
<i>Чуйская область</i>	455	-	15
<i>Ошская область</i>	257	134	-
<i>Джалал-Абадская область</i>	166	118	-
<i>Баткенская область</i>	15	57	-
<i>Иссык-Кульская область</i>	276	-	6
<i>Нарынская область</i>	0	101	-
<i>Таласская область</i>	0	82	-
<b><i>Количество переобученных медсестер ГСВ</i></b>	<b>1953</b>	<b>629</b>	<b>85</b>
<i>Бишкек</i>	302	-	36
<i>Чуйская область</i>	706	-	49
<i>Ошская область</i>	262	149	-
<i>Джалал-Абадская область</i>	147	111	-
<i>Баткенская область</i>	42	97	-
<i>Иссык-Кульская область</i>	283	99	-
<i>Нарынская область</i>	116	87	-
<i>Таласская область</i>	95	86	-

Источник: КГМИПигК

## Приложение #5

### Данные по человеческим ресурсам

---

Работа по созданию Базы данных по персонифицированному учету работников здравоохранения начата в рамках проекта «РСЗ-1» совместно с USAID. Основной целью было обеспечение регулярного учета человеческих ресурсов в секторе здравоохранения. Концепция развития единой информационной системы здравоохранения была одобрена в ноябре 2001 г. Выполняется работа по интеграции персонифицированной базы данных с существующими электронными базами (база данных по клинично-информационным формам на амбулаторном уровне и база данных по приписанному населению). Рабочая группа МЗ разработала ряд справочников, необходимых для окончательной разработки программного обеспечения по персонифицированному учету ЧР:

- 1) Справочник образовательных учреждений по обучению врачей, медсестер и другого персонала
- 2) Справочник национальностей.
- 3) Справочник семейного статуса.
- 4) Справочник жилищных условий медицинского персонала.
- 5) Справочник дисциплинарных взысканий
- 6) Справочник нарушений трудовых обязательств.
- 7) Справочник видов и причин прерывания трудовых соглашений.
- 8) Справочник ученых степеней.
- 9) Справочник ученых званий.
- 10) Справочник занимаемых ставок.
- 11) Справочник государственных наград.
- 12) Справочник должностей врачей, медсестер и другого персонала.
- 13) Справочник специальностей врачей, медсестер и другого персонала.
- 14) Номенклатура должностей и перечень соответствия специальностей медицинских и фармацевтических работников с должностями в организациях здравоохранения КР.
- 15) Справочник структурных подразделений организаций здравоохранения КР.

Программное обеспечение по персонифицированной базе данных была одобрена и в настоящее время устанавливается в пилотных учреждениях. Планируется распространить данную базу данных по всей республике. Данная работа проводится совместно с сотрудниками РМИЦ, которые в последующем будут поддерживать и обновлять базу данных на регулярной основе.

**Таблица А.5.1. Общая штатная численность**

Область/Регион	Должность	Общее количество бюджетных позиций				03-00	%
		2000	2001	2002	2003	var	Var
Кыргызская Республика	Врачи	14894,50	13939,75	13915,75	14021,50	-873,00	-6%
	Медсестры	33411,25	30213,00	29649,75	30142,75	3268,50	-10%
	Младший медицинский персонал	18756,50	16065,25	15063,75	14926,00	3830,50	-20%
	Прочий персонал	11872,25	10911,50	10859,25	10936,75	-935,50	-8%
	Общая штатная численность	78934,50	71129,50	69488,50	70027,00	8907,50	-11%
Бишкек	Врачи	2423,00	2412,50	2422,50	2467,75	44,75	2%
	Медсестры	4275,50	4234,00	4220,50	4323,25	47,75	1%
	Младший медицинский персонал	1951,75	1936,75	1892,25	1627,25	-324,50	-17%
	Прочий персонал	1157,00	1127,00	1219,25	1334,75	177,75	15%
	Общая штатная численность	9890,75	9788,25	9818,75	9789,50	-101,25	-1%
Респ. уровень	Врачи	1920,50	1731,00	1662,75	1710,75	-209,75	-11%
	Медсестры	4790,25	4096,75	3868,25	3905,50	-884,75	-18%
	Младший медицинский персонал	4311,75	3466,00	3214,25	3191,00	1120,75	-26%
	Прочий персонал	2357,75	2309,00	2204,75	1768,50	-589,25	-25%
	Общая штатная численность	11987,25	11804,75	11334,75	10784,00	1203,25	-10%
Rep.in Bishkek city	Врачи	1838,50	1648,50	1534,44	1628,50	-210,00	-11%
	Медсестры	4464,75	3783,25	3534,31	3580,25	-884,50	-20%
	Младший медицинский персонал	3909,25	3093,25	2854,29	2822,75	1086,50	-28%
	Прочий персонал	2032,00	1986,25	1860,54	1483,75	-548,25	-27%
	Общая штатная численность	11046,50	10706,75	9916,82	9723,50	1323,00	-12%
Бишкек (террит.)	Врачи	4261,50	4061,00	3956,94	4096,25	-165,25	-4%
	Медсестры	8740,25	8017,25	7754,81	7903,50	-836,75	-10%
	Младший медицинский персонал	5861,00	5030,00	4746,54	4450,00	1411,00	-24%
	Прочий персонал	3189,00	3113,25	3079,79	2818,50	-370,50	-12%
	Общая штатная численность	22051,75	20221,50	19538,07	19268,25	2783,50	-13%
По республике (за искл. Г. Бишкек)	Врачи	82,00	82,50	128,31	82,25	0,25	0%
	Медсестры	325,50	313,50	333,94	325,25	-0,25	0%
	Младший медицинский персонал	402,50	372,75	359,96	368,25	-34,25	-9%
	Прочий персонал	325,75	322,75	344,21	284,75	-41,00	-13%
	Общая штатная численность	1135,75	1091,50	1166,43	1060,50	-75,25	-7%
Чуйская область	Врачи	2206,50	1715,00	1621,00	1643,25	-563,25	-26%
	Медсестры	4891,25	3239,50	3066,50	3143,25	1748,00	-36%
	Младший медицинский персонал	2471,50	1415,50	1298,50	1256,00	1215,50	-49%
	Прочий персонал	1775,50	1347,25	1260,00	1266,00	-509,50	-29%
	Общая штатная численность	11344,75	7717,25	7246,00	7308,50	4036,25	-36%
Иссык-Кульская область	Врачи	1191,50	967,25	987,50	909,00	-282,50	-24%
	Медсестры	2687,25	1835,50	1879,00	1752,50	-934,75	-35%

Область/Регион	Должность	Общее количество бюджетных позиций				03-00	%
		2000	2001	2002	2003	var	Var
	Младший медицинский персонал	1405,50	796,25	781,00	734,75	-670,75	-48%
	Прочий персонал	975,25	540,75	684,25	701,75	-273,50	-28%
	Общая штатная численность	6259,50	4139,75	4331,75	4098,00	-2161,50	-35%
Нарынская област	Врачи	817,00	814,00	649,00	664,50	-152,50	-19%
	Медсестры	1796,00	1775,00	1319,50	1337,75	-458,25	-26%
	Младший медицинский персонал	867,00	835,00	523,00	505,50	-361,50	-42%
	Прочий персонал	630,00	612,00	435,50	466,25	-163,75	-26%
	Общая штатная численность	4110,00	4036,00	2927,00	2974,00	-1136,00	-28%
Джалал-Абадская област	Врачи	2091,50	2103,75	2180,75	2204,75	113,25	5%
	Медсестры	4961,75	4958,50	4894,00	4989,50	27,75	1%
	Младший медицинский персонал	2407,25	2367,00	2254,25	2215,00	-192,25	-8%
	Прочий персонал	1762,00	1725,25	1699,00	1766,00	4,00	0%
	Общая штатная численность	11222,50	11154,50	11028,00	11175,25	-47,25	0%
Ошская област	Врачи	2741,75	2703,75	2763,00	2918,25	176,50	6%
	Медсестры	6432,50	6528,25	6659,50	7134,50	702,00	11%
	Младший медицинский персонал	3591,00	3516,50	3388,00	3711,00	120,00	3%
	Прочий персонал	1985,75	2045,50	2007,00	2301,75	316,00	16%
	Общая штатная численность	14751,00	14794,00	14817,50	16065,50	1314,50	9%
Таласская област	Врачи	603,50	592,00	650,25	570,00	-33,50	-6%
	Медсестры	1432,75	1367,50	1427,75	1305,00	-127,75	-9%
	Младший медицинский персонал	638,50	633,50	623,50	584,25	-54,25	-8%
	Прочий персонал	513,75	513,75	578,00	542,25	28,50	6%
	Общая штатная численность	3188,50	3106,75	3279,50	3001,50	-187,00	-6%
Баткенская област	Врачи	899,25	900,50	979,00	933,25	34,00	4%
	Медсестры	2144,00	2178,00	2314,75	2251,50	107,50	5%
	Младший медицинский персонал	1112,25	1098,75	1089,00	1101,25	-11,00	-1%
	Прочий персонал	715,25	691,00	771,50	789,50	74,25	10%
	Общая штатная численность	4870,75	4868,25	5154,25	5075,50	204,75	4%

Источник: DFID

**Таблица А.5.2. Занятые ставки**

Область/Регион	Должности	Общее количество занятых ставок				03-00	%
		2000	2001	2002	2003	var	var
<b>Кыргызская Республика</b>	Врачи	13845,75	13050,75	12896,50	12903,75	-942,00	-7%
	Медсестры	31955,00	29257,25	28544,00	29101,15	-2853,85	-9%
	Младший медицинский персонал	17919,00	15657,50	14644,50	14443,65	-3475,35	-19%
	Прочий персонал	11407,50	10548,50	10511,50	10471,45	-936,05	-8%
	Общая штатная численность	75127,25	68514,00	66596,50	66920,00	-8207,25	-11%
<b>Бишкек</b>	Врачи	2398,00	2382,75	2397,75	2449,75	51,75	2%
	Медсестры	4217,00	4174,00	4128,50	4299,25	82,25	2%
	Младший медицинский персонал	1936,25	1905,00	1858,00	1620,00	-316,25	-16%
	Прочий персонал	1154,50	1112,25	1211,25	1334,50	180,00	16%
	Общая штатная численность	9787,75	9649,00	9655,75	9740,00	-47,75	0%
<b>Респ. уровень</b>	Врачи	1812,00	1635,50	1560,75	1583,25	-228,75	-13%
	Медсестры	4310,50	3746,25	3594,25	3636,40	-674,10	-16%
	Младший медицинский персонал	3892,75	3197,25	3066,75	2962,15	-930,60	-24%
	Прочий персонал	2175,25	2139,00	2095,75	1580,70	-594,55	-27%
	Общая штатная численность	11176,00	10923,25	10665,25	9954,75	-1221,25	-11%
<b>Rep.in Bishkek city</b>	Врачи	1731,85	1560,25	1448,47	1504,50	-227,35	-13%
	Медсестры	3986,35	3442,00	3265,22	3328,40	-657,95	-17%
	Младший медицинский персонал	3494,00	2838,00	2708,42	2609,90	-884,10	-25%
	Прочий персонал	1853,00	1823,25	1750,87	1301,95	-551,05	-30%
	Общая штатная численность	10050,70	9868,75	9483,69	8937,00	-1113,70	-11%
<b>Бишкек (террит.)</b>	Врачи	4129,85	3943,00	3846,22	3954,25	-175,60	-4%
	Медсестры	8203,35	7616,00	7393,72	7627,65	-575,70	-7%
	Младший медицинский персонал	5430,25	4743,00	4566,42	4229,90	-1200,35	-22%
	Прочий персонал	3007,50	2935,50	2962,12	2636,45	-371,05	-12%
	Общая штатная численность	20770,95	19237,50	18768,48	18448,25	-2322,70	-11%
<b>По республике (за искл. Г. Бишкек)</b>	Врачи	80,15	75,25	112,28	78,75	-1,40	-2%
	Медсестры	324,15	304,25	329,03	308,00	-16,15	-5%
	Младший медицинский персонал	398,75	359,25	358,33	352,25	-46,50	-12%
	Прочий персонал	322,25	315,75	344,88	278,75	-43,50	-13%
	Общая штатная численность	1125,30	1054,50	1144,52	1017,75	-107,55	-10%
<b>Чуйская область</b>	Врачи	1940,00	1580,75	1540,50	1523,25	-416,75	-21%
	Медсестры	4514,50	3132,75	2999,50	3015,00	-1499,50	-33%
	Младший медицинский персонал	2226,00	1387,00	1250,25	1214,50	-1011,50	-45%
	Прочий персонал	1594,00	1294,50	1206,50	1164,50	-429,50	-27%
	Общая штатная численность	10274,50	7395,00	6996,75	6917,25	-3357,25	-33%
<b>Иссык-Кульская область</b>	Врачи	1124,00	933,50	942,50	874,75	-249,25	-22%

Область/Регион	Должности	Общее количество занятых ставок				03-00	%
		2000	2001	2002	2003	var	var
	Медсестры	2600,50	1818,00	1843,25	1726,00	-874,50	-34%
	Младший медицинский персонал	1339,25	794,00	763,50	728,75	-610,50	-46%
	Прочий персонал	963,75	537,00	675,75	699,75	-264,00	-27%
	Общая штатная численность	6027,50	4082,50	4225,00	4029,25	-1998,25	-33%
<b>Нарынская область</b>	Врачи	770,00	767,00	604,25	622,00	-148,00	-19%
	Медсестры	1792,00	1770,00	1312,25	1326,75	-465,25	-26%
	Младший медицинский персонал	866,00	834,00	511,00	502,50	-363,50	-42%
	Прочий персонал	624,00	604,00	434,50	463,25	-160,75	-26%
	Общая штатная численность	4052,00	3975,00	2862,00	2914,50	-1137,50	-28%
<b>Джалал-Абадская область</b>	Врачи	1879,50	1866,50	1864,75	1920,25	40,75	2%
	Медсестры	4828,00	4819,25	4751,50	4808,00	-20,00	0%
	Младший медицинский персонал	2378,00	2344,75	2194,50	2177,50	-200,50	-8%
	Прочий персонал	1726,50	1652,25	1627,00	1712,25	-14,25	-1%
	Общая штатная численность	10812,00	10682,75	10437,75	10618,00	-194,00	-2%
<b>Ошская область</b>	Врачи	2526,00	2504,00	2517,75	2622,00	96,00	4%
	Медсестры	6321,25	6427,00	6394,00	6910,75	589,50	9%
	Младший медицинский персонал	3562,75	3492,00	3329,25	3625,75	63,00	2%
	Прочий персонал	1968,75	2024,00	1957,00	2225,00	256,25	13%
	Общая штатная численность	14378,75	14447,00	14198,00	15383,50	1004,75	7%
<b>Таласская область</b>	Врачи	559,75	555,25	587,75	511,25	-48,50	-9%
	Медсестры	1423,00	1363,00	1362,75	1251,50	-171,50	-12%
	Младший медицинский персонал	633,25	632,25	617,25	548,50	-84,75	-13%
	Прочий персонал	500,25	510,25	564,00	534,50	34,25	7%
	Общая штатная численность	3116,25	3060,75	3131,75	2845,75	-270,50	-9%
<b>Баткенская область</b>	Врачи	836,50	825,50	880,50	797,25	-39,25	-5%
	Медсестры	1948,25	2007,00	2158,00	2127,50	179,25	9%
	Младший медицинский персонал	1084,75	1071,25	1054,00	1064,00	-20,75	-2%
	Прочий персонал	700,50	675,25	739,75	757,00	56,50	8%
	Общая штатная численность	4570,00	4579,00	4832,25	4745,75	175,75	4%

Источник: DFID

**Таблица А.5.3. Физические лица**

Область/Регион	Должность	Общее количество физических лиц				03-00	%
		2000	2001	2002	2003	var	var
Кыргызская Республика	Врачи	10163	9787	9764	9867	-296	-3%
	Медсестры	25200	23721	23390	24338	-862	-3%
	Младший медицинский персонал	13724	12083	11086	10860	-2864	-21%
	Прочий персонал	8982	8374	8262	8145	-837	-9%
	Общая штатная численность	58069	53965	52502	53210	-4859	-8%
Бишкек	Врачи	1880	1880	1857	1940	60	3%
	Медсестры	2291	2233	2200	2840	549	24%
	Младший медицинский персонал	1068	1001	919	891	-177	-17%
	Прочий персонал	721	708	843	838	117	16%
	Общая штатная численность	6017	5877	5853	6536	519	9%
Респ. уровень	Врачи	1507	1351	1231	1304	-203	-13%
	Медсестры	2624	2549	2523	2564	-60	-2%
	Младший медицинский персонал	2279	1917	1772	1687	-592	-26%
	Прочий персонал	1460	1411	1424	1014	-446	-31%
	Общая штатная численность	8016	7338	7087	6732	-1284	-16%
Rep.in Bishkek city	Врачи	1435	1296	1150	1252	-183	-13%
	Медсестры	2346	2297	2188	2311	-35	-1%
	Младший медицинский персонал	1896	1595	1412	1394	-502	-26%
	Прочий персонал	1173	1132	1079	751	-422	-36%
	Общая штатная численность	6996	6430	5891	5871	-1125	-16%
Бишкек (террит.)	Врачи	3315	3176	3007	3192	-123	-4%
	Медсестры	4637	4530	4388	5151	514	11%
	Младший медицинский персонал	2964	2596	2331	2285	-679	-23%
	Прочий персонал	1894	1840	1922	1589	-305	-16%
	Общая штатная численность	12810	12142	11648	12217	-593	-5%
По республике (за искл. Г. Бишкек)	Врачи	72	55	81	52	-20	-28%
	Медсестры	278	252	335	253	-25	-9%
	Младший медицинский персонал	383	322	360	293	-90	-23%
	Прочий персонал	287	279	345	263	-24	-8%
	Общая штатная численность	1020	908	1121	861	-159	-16%
Чуйская область	Врачи	1441	1279	1280	1275	-166	-12%
	Медсестры	3644	2815	2686	2710	-934	-26%
	Младший медицинский персонал	1608	1042	978	966	-642	-40%
	Прочий персонал	1219	1005	919	907	-312	-26%
	Общая штатная численность	7912	6141	5863	5858	-2054	-26%
Иссык-Кульская область	Врачи	747	660	694	671	-76	-10%
	Медсестры	2054	1629	1700	1611	-443	-22%
	Младший медицинский персонал	1196	728	714	653	-543	-45%
	Прочий персонал	734	428	576	598	-136	-18%
	Общая штатная численность	4731	3445	3684	3533	-1198	-25%

<b>Нарынская область</b>	Врачи	547	538	486	471	-76	-14%
	Медсестры	1736	1706	1289	1294	-442	-25%
	Младший медицинский персонал	821	790	472	503	-318	-39%
	Прочий персонал	590	581	380	438	-152	-26%
	Общая штатная численность	3694	3615	2627	2705	-989	-27%
<b>Джалал-Абадская область</b>	Врачи	1245	1257	1287	1325	80	6%
	Медсестры	4293	4185	4187	4236	-57	-1%
	Младший медицинский персонал	2114	2071	1889	1840	-274	-13%
	Прочий персонал	1443	1390	1357	1385	-58	-4%
	Общая штатная численность	9095	8903	8720	8786	-309	-3%
<b>Ошская область</b>	Врачи	1815	1840	1927	1949	134	7%
	Медсестры	5497	5492	5628	6066	569	10%
	Младший медицинский персонал	3007	2971	2883	2922	-85	-3%
	Прочий персонал	1733	1779	1654	1857	124	7%
	Общая штатная численность	12052	12082	12092	12795	743	6%
<b>Таласская область</b>	Врачи	357	376	369	339	-18	-5%
	Медсестры	1185	1178	1110	1046	-139	-12%
	Другой медицинский персонал	544	510	456	410	-134	-25%
	Другой персонал	429	419	446	430	1	0%
	Общая штатная численность	2515	2483	2381	2225	-290	-12%
<b>Баткенская область</b>	Врачи	624	606	633	593	-31	-5%
	Медсестры	1876	1934	2067	1972	96	5%
	Другой медицинский персонал	1087	1053	1003	988	-99	-9%
	Другой персонал	653	653	663	677	24	4%
	Общая штатная численность	4240	4246	4366	4231	-9	0%

Источник: DFID



**Таблица А.5.4. Коэффициент совместительства**

Область/Регион	Positions	Коэффициент совместительства			
		2000	2001	2002	2003
<b>Кыргызская Республика</b>	Врачи	1,36	1,33	1,32	1,31
	Медсестры	1,27	1,23	1,22	1,20
	Младший медицинский персонал	1,31	1,30	1,32	1,33
	Прочий персонал	1,27	1,26	1,27	1,29
	Общая штатная численность	1,29	1,27	1,27	1,26
<b>Бишкек</b>	Врачи	1,28	1,27	1,29	1,26
	Медсестры	1,84	1,87	1,88	1,51
	Младший медицинский персонал	1,81	1,90	2,02	1,82
	Прочий персонал	1,60	1,57	1,44	1,59
	Общая штатная численность	1,63	1,64	1,65	1,49
<b>Респ. уровень</b>	Врачи	1,20	1,21	1,27	1,21
	Медсестры	1,64	1,47	1,42	1,42
	Младший медицинский персонал	1,71	1,67	1,73	1,76
	Прочий персонал	1,49	1,52	1,47	1,56
	Общая штатная численность	1,39	1,49	1,50	1,48
<b>Rep.in Bishkek city</b>	Врачи	1,21	1,20	1,26	1,20
	Медсестры	1,70	1,50	1,49	1,44
	Младший медицинский персонал	1,84	1,78	1,92	1,87
	Прочий персонал	1,58	1,61	1,62	1,73
	Общая штатная численность	1,44	1,53	1,61	1,52
<b>Бишкек (террит.)</b>	Врачи	1,25	1,24	1,28	1,24
	Медсестры	1,77	1,68	1,69	1,48
	Младший медицинский персонал	1,83	1,83	1,96	1,85
	Прочий персонал	1,59	1,60	1,54	1,66
	Общая штатная численность	1,62	1,58	1,61	1,51
<b>По республике (за искл. Г. Бишкек)</b>	Врачи	1,11	1,37	1,39	1,51
	Медсестры	1,17	1,21	0,98	1,22
	Младший медицинский персонал	1,04	1,12	1,00	1,20
	Прочий персонал	1,12	1,13	1,00	1,06
	Общая штатная численность	1,10	1,16	1,02	1,18
<b>Чуйская область</b>	Врачи	1,35	1,24	1,20	1,19
	Медсестры	1,24	1,11	1,12	1,11
	Младший медицинский персонал	1,38	1,33	1,28	1,26
	Прочий персонал	1,31	1,29	1,31	1,28
	Общая штатная численность	1,30	1,20	1,19	1,18
<b>Иссык-Кульская область</b>	Врачи	1,50	1,41	1,36	1,30
	Медсестры	1,27	1,12	1,08	1,07
	Младший медицинский персонал	1,12	1,09	1,07	1,12

Область/Регион	Positions	Коэффициент совместительства			
		2000	2001	2002	2003
	Прочий персонал	1,31	1,25	1,17	1,17
	Общая штатная численность	1,27	1,19	1,15	1,14
<b>Нарынская область</b>	Врачи	1,41	1,43	1,24	1,32
	Медсестры	1,03	1,04	1,02	1,03
	Младший медицинский персонал	1,05	1,06	1,08	1,00
	Прочий персонал	1,06	1,04	1,14	1,06
	Общая штатная численность	1,10	1,10	1,09	1,08
<b>Джалал-Абадская область</b>	Врачи	1,51	1,48	1,45	1,45
	Медсестры	1,12	1,15	1,13	1,14
	Младший медицинский персонал	1,12	1,13	1,16	1,18
	Прочий персонал	1,20	1,19	1,20	1,24
	Общая штатная численность	1,19	1,20	1,20	1,21
<b>Ошская область</b>	Врачи	1,39	1,36	1,31	1,35
	Медсестры	1,15	1,17	1,14	1,14
	Младший медицинский персонал	1,18	1,18	1,15	1,24
	Прочий персонал	1,14	1,14	1,18	1,20
	Общая штатная численность	1,19	1,20	1,17	1,20
<b>Таласская область</b>	Врачи	1,57	1,48	1,59	1,51
	Медсестры	1,20	1,16	1,23	1,20
	Младший медицинский персонал	1,16	1,24	1,35	1,34
	Прочий персонал	1,17	1,22	1,26	1,24
	Общая штатная численность	1,24	1,23	1,32	1,28
<b>Баткенская область</b>	Врачи	1,34	1,36	1,39	1,34
	Медсестры	1,04	1,04	1,04	1,08
	Младший медицинский персонал	1,00	1,02	1,05	1,08
	Прочий персонал	1,07	1,03	1,12	1,12
	Общая штатная численность	1,08	1,08	1,11	1,12

Источник: DFID

## Приложение #6

### Данные по гражданскому строительству

Таблица А.6.1 Гражданское строительство в рамках проекта «РСЗ-2», финансируемого Всемирным Банком

#### ГРАЖДАНСКОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО НА СРЕДСТВА ВБ (на 01.01.2005г.)

ОБЛАСТЬ	ГОДЫ			Количество учреждений
	2002	2003	2004	
<b>БАТКЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>369 983,74</b>	<b>3 424,65</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	340 921,68	3 424,65	0,00	6
ГСВ, ЦСМ	15 401,75	0,00	0,00	4
СЭС	13 660,31	0,00	0,00	3
<b>ЖАЛАЛАБАТСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>201 894,40</b>	<b>23 792,50</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	183 245,88	23 792,50	0,00	5
ГСВ, ЦСМ	0,00	0,00	0,00	
СЭС	18 648,52	0,00	0,00	8
<b>ОШСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>292 266,69</b>	<b>4 446,86</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	276 091,92	1 011,12	0,00	4
ГСВ, ЦСМ	6 154,42	3 435,74	0,00	5
СЭС	10 020,35	0,00	0,00	7
<b>ИССЫККУЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>111 122,46</b>	<b>297 506,24</b>	<b>2 043,22</b>	
СТАЦИОНАРЫ	93 164,29	295 640,07	2 043,22	7
ГСВ, ЦСМ	8 079,68	1 761,86	0,00	5
СЭС	9 878,49	104,31	0,00	6
<b>НАРЫНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>33 207,33</b>	<b>10 937,75</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	0,00	
ГСВ, ЦСМ	15 898,76	10 937,75	0,00	6
СЭС	17 308,57	0,00	0,00	4
<b>ТАЛАССКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>211 595,78</b>	<b>177 628,25</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	145 469,04	177 628,25	0,00	5
ГСВ, ЦСМ	45 942,18	0,00	0,00	11
СЭС	20 184,56	0,00	0,00	3
<b>ЧУЙСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>215 791,11</b>	<b>36 767,63</b>	<b>0,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	196 513,67	36 767,63	0,00	4
ГСВ, ЦСМ	7 146,04	0,00	0,00	2
СЭС	12 131,40	0,00	0,00	7
<b>Г.БИШКЕК</b>	<b>148 145,47</b>	<b>107 121,99</b>	<b>56 608,66</b>	
СТАЦИОНАРЫ	112 780,19	105 285,12	56 608,66	5
ГСВ, ЦСМ	14 406,81	1 836,87	0,00	6
СЭС	20 958,47	0,00	0,00	8

Таблица А.6.2 Гражданское строительство в рамках Кыргызско-Швейцарского проекта

**ГРАЖДАНСКОЕ СТРОИТЕЛЬСТВО НА СРЕДСТВА  
КЫРГЫЗСКО-ШВЕЙЦАРСКОГО ПРОЕКТА (на 01.01.2005г.)**

<b>ОБЛАСТЬ</b>	<b>СУММА</b>
<b>НАРЫНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>2 029 949,00</b>
СТАЦИОНАРЫ	2 029 949,00
ГСВ, ЦСМ	0,00
СЭС	0,00
<b>Г.БИШКЕК</b>	<b>69 482,00</b>
СТАЦИОНАРЫ	69 482,00
ГСВ, ЦСМ	0,00
СЭС	0,00

Таблица А.6.3 Медицинское оборудование, закупленное в рамках проекта «РСЗ-2»

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ НА СРЕДСТВА ВБ (на 01.01.2005г.)**

<b>ОБЛАСТЬ</b>	<b>ГОДЫ</b>			<b>Количество учреждений</b>
	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	
<b>БАТКЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>15 595,00</b>	<b>92 066,00</b>	<b>232 077,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	226 874,00	15
ГСВ, ЦСМ	3 555,00	62 393,00	5 203,00	15
СЭС	12 040,00	29 673,00	0,00	5
<b>ЖАЛАЛАБАТСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>16 187,00</b>	<b>126 408,00</b>	<b>374 558,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	2 295,00	363 655,00	6
ГСВ, ЦСМ	1 137,00	87 005,00	10 903,00	15
СЭС	15 050,00	37 108,00	0,00	11
<b>ОШСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>18 985,00</b>	<b>298 644,00</b>	<b>223 323,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	188 698,00	5
ГСВ, ЦСМ	4 243,00	97 544,00	11 403,00	22
СЭС	14 742,00	201 100,00	23 222,00	9
<b>ИССЫККУЛЬСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>13 690,00</b>	<b>79 700,00</b>	<b>478 622,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	474 412,00	7
ГСВ, ЦСМ	1 650,00	36 488,00	4 210,00	12
СЭС	12 040,00	43 212,00	0,00	7
<b>НАРЫНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>14 553,00</b>	<b>65 491,00</b>	<b>10 052,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	0,00	
ГСВ, ЦСМ	5 523,00	35 634,00	4 210,00	11
СЭС	9 030,00	29 857,00	5 842,00	6
<b>ТАЛАССКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>14 510,00</b>	<b>64 466,00</b>	<b>304 247,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	294 195,00	5
ГСВ, ЦСМ	5 480,00	36 089,00	4 210,00	12
СЭС	9 030,00	28 377,00	5 842,00	5
<b>ЧУЙСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>10 454,00</b>	<b>68 588,00</b>	<b>248 151,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	0,00	230 834,00	6
ГСВ, ЦСМ	1 424,00	31 953,00	11 475,00	12
СЭС	9 030,00	36 635,00	5 842,00	8
<b>Г.БИШКЕК</b>	<b>172 488,00</b>	<b>427 134,00</b>	<b>271 826,00</b>	
СТАЦИОНАРЫ	0,00	38 998,00	173 505,00	7
ГСВ, ЦСМ	3 148,00	54 325,00	0,00	14
СЭС	169 340,00	333 811,00	98 321,00	2

Таблица А.6.4 Медицинское оборудование, закупленное в рамках Кыргызско-Швейцарского проекта

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ НА СРЕДСТВА  
КЫРГЫЗСКО-ШВЕЙЦАРСКОГО ПРОЕКТА (на 01.01.2005г.)**

<b>ОБЛАСТЬ</b>	<b>СУММА</b>
<b>НАРЫНСКАЯ ОБЛАСТЬ</b>	<b>445 688,00</b>
<b>СТАЦИОНАРЫ</b>	<b>416 268,00</b>
<b>ГСВ, ЦСМ</b>	<b>29 420,00</b>
<b>СЭС</b>	<b>0,00</b>