



Центр  
развития  
здравоохранения



---

## Документ исследования политики No. 53

### Частный сектор здравоохранения в Кыргызской Республике

---

Эркин Чечейбаев, ЦРЗ  
Мелитта Якаб, ВОЗ  
Юля Алешкина, ЦРЗ  
Арнол Самиев, ЦРЗ  
Нурзада Картанбаева, ЦРЗ

16 сентября, 2008 г.

Отдел анализа политики здравоохранения, Центр развития здравоохранения  
• ул. Тоголок Молдо 1, 720 040 Бишкек, Кыргызская Республика  
Тел.: 996 (312) 666-244 • Факс: 996 (312) 663-649 • Эл. почта: [erkin@manas.elcat.kg](mailto:erkin@manas.elcat.kg)

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Цели и методология исследования.....	4
3. Обзор имеющихся в Кыргызской Республике источников информации, касающихся частных поставщиков медицинских услуг.....	5
3.1. Общая характеристика полученной информации. ....	5
4. Результаты исследования .....	7
4.1. Каковы размеры частного сектора в системе здравоохранения КР? .....	7
4.2. Какова роль частного сектора в системе здравоохранения КР? .....	12
4.3. Нормативно-правовая база достаточно благоприятна для открытия частной практики. ....	13
4.4. Основные барьеры для роста частного сектора .....	17
4.5. Механизм ценообразования, уровень цен и прибыльность .....	18
4.5.1. Установление цен в частном секторе.....	19
4.5.2. Сравнение цен в государственных и частных учреждениях .....	19
4.5.3. Восприятие пациентами и поставщиками относительных цен.....	22
4.5.4. Прибыльность (Самооценка частных медицинских организаций) .....	23
4.6. Частный рынок медицинских услуг развивается .....	23
4.7. Основное преимущество в качестве услуг частных поставщиков это их отношение к пациентам .....	25
4.7.1. Контроль качества через государственные организации .....	25
4.7.2. Перспективы качества помощи в государственном и частном секторах с точки зрения поставщика и пациента .....	28
4.8. Сотрудничество с другими организациями носит неформальный характер ..	29
4.9. Вопросы человеческих ресурсов .....	30
5. Обобщение результатов .....	31
6. Рекомендации для развития частного сектора здравоохранения в КР .....	32
7. Приложения .....	34
7.1. Описание базы данных Республиканского медико-информационного центра при МЗ КР.....	34
7.2. Описание базы данных отдела лицензирования МЗ КР.....	34
7.3. Описание базы данных от Министерства юстиции Кыргызской Республики..	35
7.4. Описание базы данных от Национального статистического комитета КР. ....	35

# 1. Введение

Как известно, рынок частных медицинских услуг в Кыргызстане начал развиваться после распада Советского Союза в 1990-х годах. Началось это с приватизации фармацевтического сектора а затем и стоматологических услуг. Именно с этих двух направлений и начал развиваться частный сектор здравоохранения в республике. Обще врачебная практика развивалась довольно медленно, и рост наблюдается разве что в последнее десятилетие.

С 1996 г. в системе здравоохранения Кыргызстана произошли значительные изменения. Реформы здравоохранения привели к перестройке финансирования медицинских учреждений и их реструктуризации, в кадровой политике предпринимаются попытки внедрения инновационных подходов, управление медицинскими учреждениями движется в сторону децентрализации.

На сегодняшний день предпринимаемые усилия по улучшению сектора здравоохранения ограничены работой с государственным сектором здравоохранения. При этом данные опроса домохозяйств говорят о достаточно высокой доле расходов семей на услуги, получаемые у частных поставщиков медицинских услуг<sup>1</sup>, в том числе у поставщиков нетрадиционных медицинских услуг. Данные исследований и официальные данные Минздрава говорят об увеличении числа субъектов частного предпринимательства<sup>2</sup>, предоставляющих медицинские услуги, активизируется работа неправительственных организаций в социальной сфере, которые в основном работают по контрактам с грантами международных доноров.

Вместе с тем, «...имеются доказательства того, что эффективное взаимодействие государственного и частного секторов здравоохранения может улучшить доступ, справедливость и качество услуг»<sup>3</sup>.

По официальным данным МЗ КР<sup>4</sup>, на 2007 г. в республике лицензии на занятие частной медицинской практикой имеют 242 юридических и 495 физических лица. Основную часть негосударственного сектора здравоохранения составляют лицензиаты г. Бишкек – 76,5%, в остальных областях данный процент колеблется от 10% в Ошской до 2% в Нарынской и Баткенской областях.

МЗ КР признает, что в развитии частной медицинской практики в республике имеется ряд нерешенных вопросов. Прежде всего, это несовершенство нормативных правовых документов, регламентирующих частную медицинскую практику, не определен перечень медицинских услуг, которые не подлежат оказанию частными медицинскими структурами. Не разработан механизм участия частных медицинских предпринимателей в реализации Программы государственных гарантий. Без лицензии продолжают оказывать услуги населению «народные целители».

Для того, чтобы воспользоваться преимуществами момента и решить соответствующие проблемы частного сектора здравоохранения, Правительство должно улучшить свое представление об актерах, задействованных в этой сфере. Кто работает в частном секторе? Какие продукты и услуги они поставляют и оказывают? Какие мотивы влияют на их поведение? В каких сферах частные поставщики медицинских услуг могут лучше дополнять усилия государственного сектора? Какие есть особенности учета деятельности частных поставщиков медицинских услуг?

<sup>1</sup> Интегрированное обследование домохозяйств, НСК, 2007, стр. 18

<sup>2</sup> Национальный обзор мнения о бизнесе в Кыргызстане, 4-й обзор, 2006 г.

<sup>3</sup> Форум по привлечению частного сектора в улучшение здоровья детей: 30 ноября 2005 г. – 2 декабря 2005 г.; Muryonyo Hotel, Кампала, Уганда

<sup>4</sup> Ссылка из веб-сайта Министерства здравоохранения КР:

<http://www.med.kg/Zdravooxranenie/spravka08.shtml?m=119&sm=119297>

Предпосылки для фокусирования политики на частном медицинском секторе (политический контекст).

1. В Национальной программе реформирования системы здравоохранения «Манас таалими» частный сектор в упоминается в нескольких местах:

- Необходимо вовлечение частных поставщиков в предоставление услуг по ПГГ
- Необходима аккредитация частных поставщиков
- Необходимо расширение рынка частных услуг путем изменения налогообложения

2. Усиление внимания на развитие частного сектора за последние время:

- Обращение Президента к Жогорку Кенешу КР, 10 января 2008, где был четко заявлен курс на развитие рыночных отношений в системе здравоохранения в целом и развитие частного сектора здравоохранения в частности.
- Круглый стол между Администрацией Президента и МЗ КР, 1 мая 2008
- Среднесрочный обзор программы «Манас таалими», май 2008

3. Отсутствие комплексного и четкого видения о развитии частного сектора здравоохранения в Кыргызстане. До настоящего времени практически не проведены исследования, специально нацеленные на вопросы частного сектора здравоохранения. Данное исследование ставит перед собой цель внести вклад в заполнение вакуума информации и стать источником информации для более глубоких и всеобъемлющих исследований, которые и должны стать фундаментом для разработки Национальной концепции развития частного сектора здравоохранения в Кыргызской Республике.

## 2. Цели и методология исследования

**Исследование преследует цель** более глубоко понять ситуацию с частными медицинскими учреждениями в КР, на основе изучения нормативно-правовой базы, имеющихся баз данных (РМИЦ, НСК, отдел лицензирования и Минюст) и интервью с руководителями и пациентами частных медицинских учреждений.

### Вопросы исследования:

- Каковы размеры частного сектора?
- Оценить нормативно-правовую базу, регулирующую деятельность частного сектора. Насколько она благоприятна для открытия и ведения бизнеса?
- Каковы основные барьеры для развития частного сектора?
- Роль частного сектора в системе здравоохранения, какую нишу занимает частный сектор?
- Механизм ценообразования, уровень цен частного сектора.
- Насколько развита конкуренция в частном секторе?
- Как проводится контроль качества со стороны государства? В чем сильные и слабые стороны качества услуг частного сектора?
- Насколько развито сотрудничество между частным и государственным сектором?
- Насколько квалифицированы врачи в частном секторе?

**Объект исследования:** субъекты, поставляющие коммерческие медицинские услуги. Характеристики и мотивы в деятельности некоммерческих и коммерческих поставщиков услуг отличаются, поэтому в исследовании внимание уделено поставщикам именно коммерческих услуг. Была использована база данных отдела лицензирования МЗ, откуда было отобрано 31 частное медицинское учреждение в следующей разбивке: Бишкек – 11 учреждений, Ош – 10, Каракол – 5 и Токмок – 5 учреждений.

1. Офисное исследование (кабинетный анализ). Поперечное и продольное исследование, как в разрезе регионов так и в динамике за определенный период, предполагает сбор и анализ всей соответствующей информации по теме исследования, в том числе аналитические отчеты, законодательные документы, существующие статистические данные, публикации и т.п..
2. Полу структурированные интервью с заинтересованными сторонами, чтобы установить и уточнить тему и вопросы исследования, а также оптимизировать инструменты сбора информации и проверить полученные данные.
3. Глубинные полу структурированные интервью – неформальная личная беседа на основе предварительно составленного плана и применение приемов, вынуждающих респондентов на подробные обсуждения в соответствии с рядом вопросов, представляющих интерес для исследователя. Полу структурированное интервью состоит из тематических блоков и включает перечень обязательных аспектов, относительно которых информация должна собираться. В рамках исследования проведены глубинные интервью с руководителями частных медицинских организаций по ключевым вопросам исследования.
4. Структурированное интервью – это интервью, где порядок вопросов, предлагаемых респонденту, определяется заранее, или порядок представления тематических областей. В исследовании использовались структурированные интервью для изучения мнения получателей услуг (пациентов) в частных медицинских организациях.

Были разработаны, протестированы и затем использованы два вида анкет, для руководителей частных организаций и для пациентов обследуемых частных организаций.

В исследовании охвачены вопросы, касающиеся услуг традиционной медицины, т.е. вопросы касательно лекарей, шаманов, табибов и т.п. в круг вопросов не попадали. Исключены также вопросы фармацевтического рынка и стоматологических услуг, так как эти два направления имеют свою особую специфику, историю и проблемы.

### **3. Обзор имеющихся в Кыргызской Республике источников информации, касающихся частных поставщиков медицинских услуг.**

#### **3.1. Общая характеристика полученной информации.**

На сегодняшний день мы имеем четыре источника данных по частным поставщикам медицинских услуг:

1. Министерство Юстиции Кыргызской Республики; имеются данные только о юридических лицах с 1997 года, до этого периода юридические лица регистрировались в НСК. Данная база неполная даже по юридическим лицам, т.к. в нее попадают только те юридические лица, в уставе которых прописана медицинская деятельность как основная, если же медицинская деятельность прописана в уставе но не как основная, эти лица не попадают в данную категорию.
2. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Сбор информации по частным поставщикам медицинских услуг осуществляется как вертикально (иерархично), когда зарегистрированные частные медицинские организации сдают отчеты на районный, областной и национальный уровень в органах статистики, так и горизонтально (органы юстиции, таможня, ведомственные структуры, регулирующие деятельность предпринимателей, Социальный фонд и все министерства). Наиболее полная база данных, имеются данные в динамике с 1998 года.
3. Республиканский медико-информационный центр при МЗ КР. Данные собираются с региональных медико-информационных центров в республиканский. Частные

медицинские организации сдают отчеты один раз в год в областные МИЦ, затем областные МИЦ сдают сводные данные в местные органы статистики и в республиканский МИЦ. Затем РМИЦ также сдает сводные данные по стране в национальный орган статистики – НСК. Имеется информация по форме №22 о деятельности (количество пролеченных больных по нозологическим формам, количество сотрудников и т.д.), имеются данные в динамике с 2003 года. По словам самих сотрудников РМИЦ в поле зрения этой базы данных попадают лишь около 40% частных медицинских организаций.

4. Отдел лицензирования Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Частные медицинские организации и частнопрактикующие врачи обязаны зарегистрироваться в ОЛ МЗ при получении лицензии, а затем при продлении лицензии.

На данный момент мы имеем очень разрозненную картину по количеству частных поставщиков медицинских услуг. Наиболее полная картина по физическим лицам представляется в базе данных НСК КР а по юридическим лицам в отделе лицензирования МЗ (ОЛ МЗ).

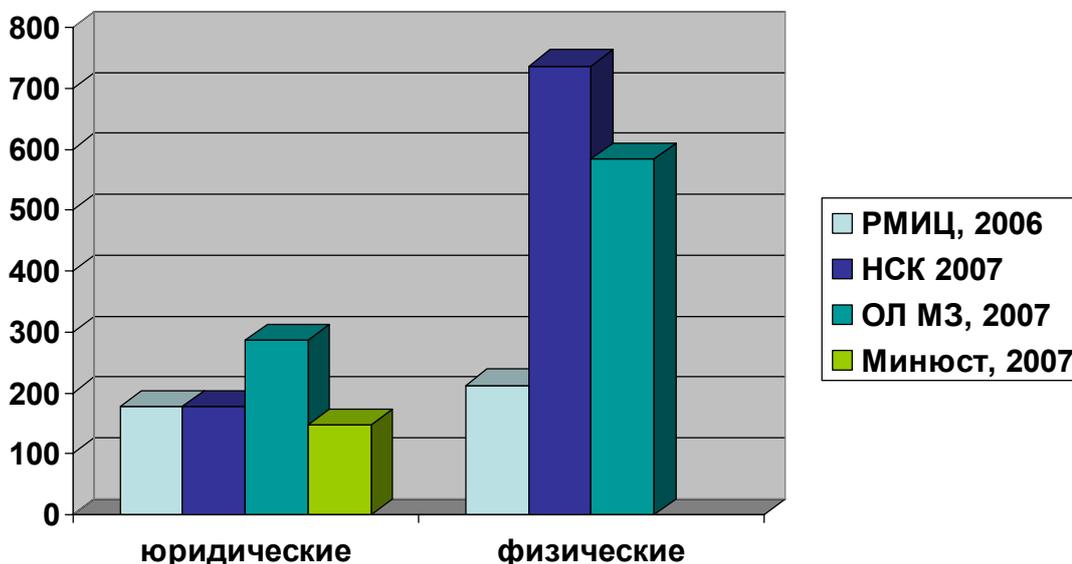
Это связано с тем, что у собирающих информацию ведомств различные информационные потоки, различные механизмы сбора информации, недостаточно рычагов управления на подотчетные субъекты. Другими словами, предприниматели не заинтересованы в предоставлении полной и достоверной информации о своей деятельности, государство ни коим образом не поддерживает и не поощряет их за эту работу с одной стороны, и с другой стороны, предприниматели почти не несут никакой ответственности за дачу неполной информации (например о деятельности) или за то, что не отчитываются вообще. Хотя во время выдачи лицензии частных поставщиков предупреждают о том, что они обязаны сдавать отчет в РМИЦ, фактически около половины опрошенных руководителей не сдают отчет о деятельности в РМИЦ.

В целом во всех четырех базах данных имеется такая информация, как название организации, ее юридический адрес, ФИО руководителя, телефон, направление деятельности организации. Более подробно информация по каждому источнику описана в разделе Приложения.

## 4. Результаты исследования

### 4.1. Каковы размеры частного сектора в системе здравоохранения КР?

Рисунок 1. Количество частных поставщиков из разных источников данных



**Трудно установить точный размер частного сектора в системе здравоохранения КР, потому что различные источники данных показывают различные цифры.** Четыре источника данных, описанные в Разделе 3, предоставляют разные количества юридических и физических лиц, работающих в частном секторе (Рис.1). По физическим лицам, база данных НСК зарегистрировала свыше 700 частно практикующих врачей в 2007 году, тогда как данные Минздрава показывают 584, а РМИЦ - 213. Более равномерная картина складывается для юридических лиц, где в РМИЦ и НСК зарегистрировано 177 юридических лиц, в Минздраве - 286, а в Минюсте - 148. Данная картина высвечивает слабые стороны в системе регистрации и предоставлении информации между частными поставщиками и государственными организациями. Частные поставщики юридически обязаны предоставлять ежегодную информацию в РМИЦ. При получении лицензии, поставщики также подписывают форму, в которой говорится, что они понимают, что от них требуется предоставлять ежегодную информацию в РМИЦ. Однако, как показывают вышеуказанные вариации, эта практика плохо претворяется в жизнь. Опрос, проведенный в рамках данного исследования, подтверждает эти данные: 40% руководителей частных медицинских организаций ответили, что не предоставляли данные в РМИЦ в прошлом году. Существуют три основные причины, по которым это происходило:

- Руководители не знают процедуру – где брать формы и куда предоставлять свои документы
- Руководители не знают, что им необходимо отчитываться в РМИЦ
- РМИЦ не требует, чтобы они предоставляли отчеты

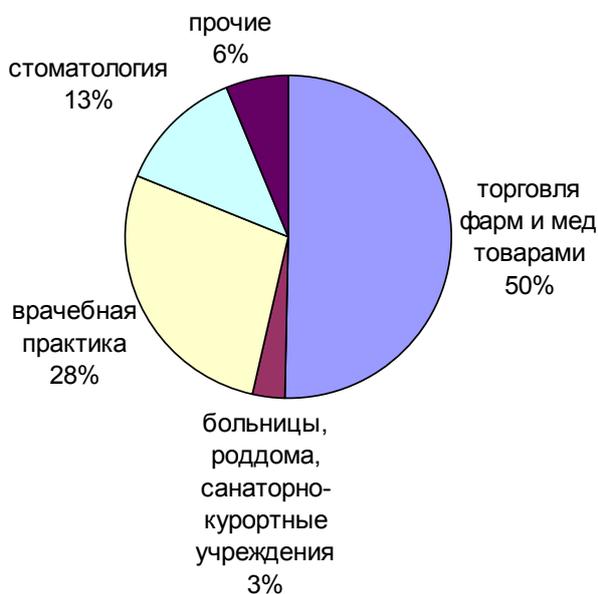
Дополнительная трудность в подсчете количества частных поставщиков заключается в том, что зарегистрированная организация не обязательно означает функционирующая организация. С 2006 года в базе данных НСК дифференцируются пять подкатегорий среди зарегистрированных поставщиков. В 2007 году 43% зарегистрированных

поставщиков были зарегистрированы как активные, 6% спящие, 10% как неактивные, 7% как вновь учрежденные и 33% - «без признака деятельности». В период между 1998 и 2007 годами, возросло более чем в три раза количество субъектов, попадающих в категорию «нет признака» а в период 2002-2003 гг. и почти в три раза уменьшилось количество «действующих» субъектов (табл.1). Это еще один признак существующих проблем в потоке информации между частным сектором и государственными статистическими органами. Разумеется, это создает проблему с установлением размера частного сектора, поскольку, в целях политики мы заинтересованы во вновь создаваемых и активных поставщиках, которые в действительности предоставляют услуги населению. Возрастающее число субъектов без признака деятельности затрудняет эту задачу: применение только вновь учрежденных и активных категорий определенно приведет к занижению точного количества частных поставщиков, тогда как добавление тех, которые не проявляют признаков деятельности, обеспечит завышение этого числа.

**Таблица №1** Количество частных субъектов оказывающих медицинские услуги.

<b>Динамика по годам</b>		<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Зарегистрированные</b>	<i>Действующие</i>	320	485	775	1101	1410	451	1154	1023	1259	1590
	<i>Спящие</i>	50	62	109	123	137	45	97	156	228	219
	<i>Не действующие</i>	0	0	0	0	0	89	238	410	365	382
	<i>Вновь созданные</i>	0	0	0	0	0	316	377	160	257	270
	<i>Нет признака</i>	261	457	398	409	443	1480	892	1343	1289	1231
<b>Всего зарегистрировано</b>		<b>631</b>	<b>1004</b>	<b>1282</b>	<b>1633</b>	<b>1990</b>	<b>2381</b>	<b>2758</b>	<b>3092</b>	<b>3398</b>	<b>3692</b>
<b>В стадии ликвидации</b>		<b>14</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>25</b>
<b>Ликвидированные</b>		<b>47</b>	<b>70</b>	<b>123</b>	<b>168</b>	<b>204</b>	<b>246</b>	<b>324</b>	<b>388</b>	<b>440</b>	<b>507</b>

Другой сложностью до установления этого количества является определение того, что имеется в виду под частным сектором здравоохранения. Мы разбили частные медицинские организации по видам деятельности. Данные НСК имеют более широкую разбивку субъектов предпринимательства, работающих в сфере здравоохранения, куда входят такие категории как производство медицинских инструментов, хирургических и ортопедических приспособлений, оптовая и розничная торговля фармацевтическим, медицинскими и ортопедическими товарами, деятельность санаторно-курортных учреждений, стоматологическая практика отдельно и другие. Та область, которую мы пытаемся проанализировать, а именно лечебные частные учреждения без

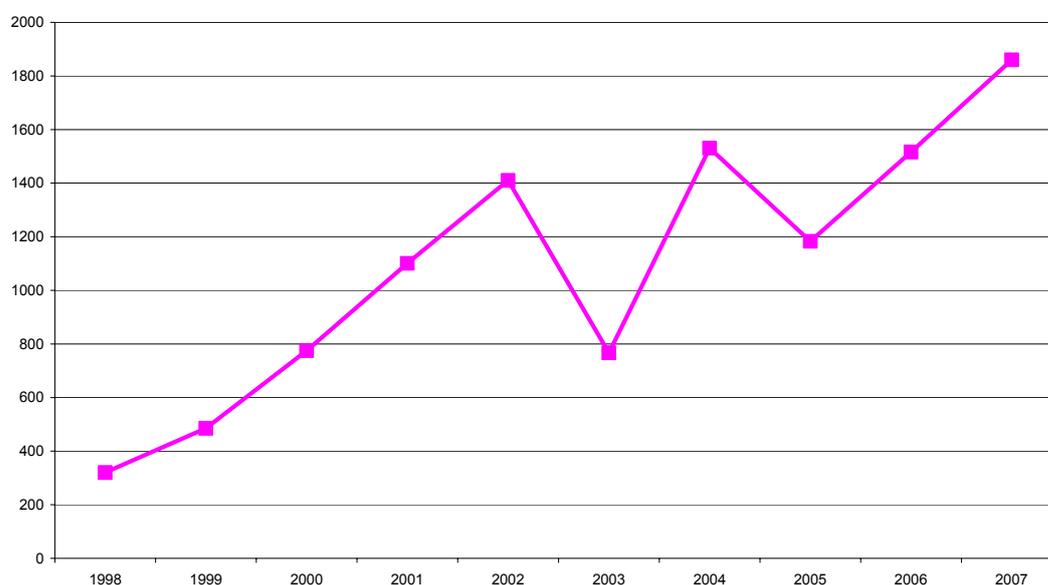


стоматологии, представлена тремя категориями – больницы широкого профиля и специализированные больницы, родильные дома и врачебная практика.

**Рисунок 2.** Частные поставщики по видам деятельности

**С учетом вышесказанного ясна одна тенденция: количество частных поставщиков медицинских услуг неуклонно растет.** На Рисунке 3 показаны действующие и вновь созданные физические и юридические субъекты, предоставляющие медицинские услуги (включая фармацевтическую и стоматологическую деятельности). Тогда как в 1998 году существовало около 300 субъектов, их число возросло в шесть раз к 2007 до свыше чем 1,800. Спад в 2003 году в НСК объясняют тем, что до конца 2002 года сбор информации осуществлялся кумулятивно, а с 2003 года НСК ввел новый критерий сбора данных с дополнительной классификацией («не действующие» и «вновь созданные»). Спад в 2005 году можно связать с «тюльпановой революцией», в связи с чем, многие поставщики не сдавали отчеты и попали в категорию «нет признака». Но доказательств этому нет, поэтому это остается на уровне предположений. Эти временные колебания не меняют общего вывода о том, что частный сектор постоянно разрастался в последнее десятилетие.

**Рисунок 3. Действующие и вновь созданные субъекты (физические и юридические лица вместе)**

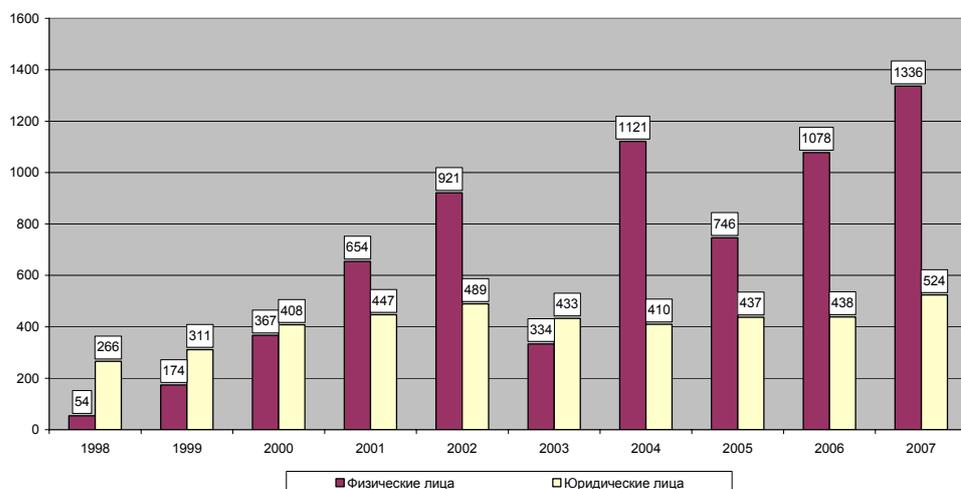


Источник: НСК

Но если сравнить данные в разбивке по организационно-правовой форме (Рис 4), видно, что рост количества предпринимателей оказывающих медицинские услуги идет в основном за счет физических лиц, в то время количество юридических лиц остается приблизительно на одном уровне. Интересным является тот факт, что физических лиц стало больше, чем юридических, начиная с 2001 года. Возможно, это связано с тем, что в 2001 году ввели упрощения в налогообложении малого бизнеса, в данном случае для физических лиц. Насколько нам известно, для них дали послабление подоходного налога. Это предполагает, что развитие частного сектора сильно реагирует на изменения в режиме налогообложения и, следовательно, налоговый статус частных поставщиков заслуживает дальнейшей оценки с тем, чтобы содействовать развитию частной медицины.

#### Рисунок 4. Активные и вновь созданные поставщики (физические и юридические субъекты отдельно)

Количество хозяйствующих зарегистрированных субъектов оказывающих медицинские услуги, включенных в ЕГРСЕ Кыргызской Республики в динамике по годам и в разбивке на юридические и физические лица из числа действующих и вновь созданных.



Источник: НСК

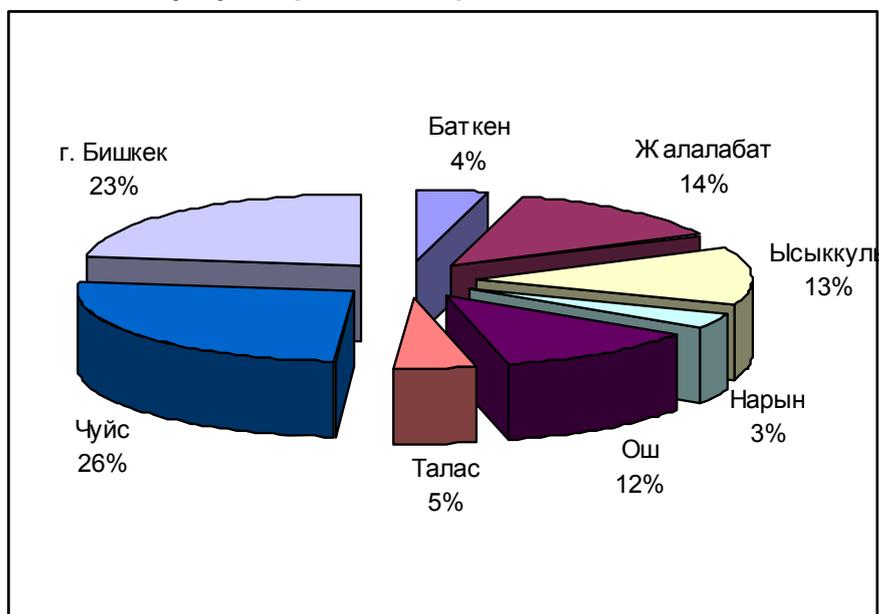
В ходе данного исследования, мы также ставили своей целью установить размер частного сектора по отношению к государственному сектору, чтобы понять его уровень развития. Мы смогли выполнить это только для амбулаторного рынка, но не для стационарных услуг. Нами применялись два подхода. В первом подходе, мы использовали Модуль по здравоохранению Интегрированного обследования домохозяйств КР за 2001, 2004 и 2007 годы, где пациентов спрашивали о том, обращались ли они за медицинской помощью за последние 30 дней, а затем задавался вопрос о том, обращались они в государственное или частное учреждение. За 2006 год, оценка обследования показала в результате, что посещения учреждений частного сектора составили 4% всех амбулаторных посещений. Аналогичные показатели составили за 2003 год (5.3%) и за 2001 год (2.7%).

Во втором подходе, мы сравнивали количество врачей, работающих в государственном секторе с количеством врачей, работающих в частном секторе. Согласно цифрам РМИЦ, 12773 врачей работали в государственном секторе в 2005 году. Если использовать цифры РМИЦ для частного сектора, 387 врачей занимается частной практикой, достигая 3% относительного размера частного сектора. Если применять расчеты НСК - по меньшей мере, это 700 частных врачей, мы получаем 6% относительного размера. Таким образом, используя альтернативные подходы и учитывая то, что во всех официальных оценках занижен размер частного сектора, безопасно предположить, что частный сектор здравоохранения претендует меньше, чем на 10% доли рынка в настоящий момент.

Как мы видим на рисунке 5, более 40% действующих и вновь созданных из числа зарегистрированных субъектов занимающихся частной медицинской деятельностью сконцентрирована в городе Бишкек и Чуйской области. Это можно связать с уровнем доходов населения, и соответственно спросом на частные виды медицинских услуг. Ключевым условием для хорошо функционирующего частного сектора является большое количество поставщиков, которые конкурируют друг с другом за пациентов. Когда это условие не выполняется, поставщики действуют с позиции монополиста, взимая высокие цены с пациентов. Такие ситуации требуют особого внимания со стороны лиц, определяющих политику с тем, чтобы защищать интересы пациентов. Изучение конъюнктуры рынка и распространенности монополистических рынков

является следующей задачей для того, чтобы защитить потребителей от чрезмерно высоких цен и некачественного обслуживания.

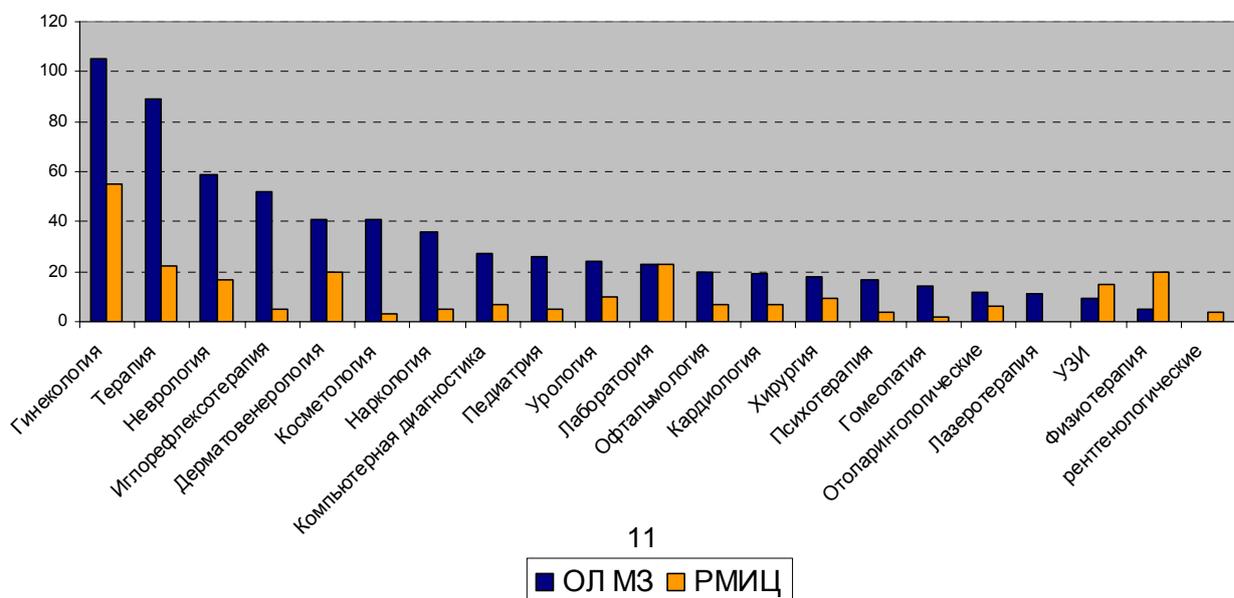
**Рисунок 5. Количество хозяйствующих зарегистрированных субъектов оказывающих медицинские услуги, в разбивке по регионам**



Источник: НСК

На Рисунке 6 представлена разница в количестве частных поставщиков медицинских услуг, между теми кто получил лицензию в МЗ, а соответственно зарегистрированы в базе данных ОЛ МЗ, и теми кто сдает отчет по форме №22 о деятельности в РМИЦ МЗ. Как видно, отчет о деятельности сдают далеко не все частные медицинские учреждения, а следовательно официальная картина о пролеченных случаях в частном секторе далека от действительности. Есть и противоположенный перекося, когда предприниматели сдавая отчет в РМИЦ об определенной деятельности не зарегистрировали в ОЛ МЗ такие услуги (УЗИ, физиотерапия, рентгенология). Следует также отметить тот факт, что все лаборатории получившие лицензию МЗ исправно сдают отчет в РМИЦ. При оптимальной организации процесса предоставления информации (отчетности) картина должна выглядеть таким образом по всем видам медицинской практики.

**Рисунок 6. Сравнение количества некоторых видов услуг (кабинетов) между получившими лицензию и сдающими отчет в РМИЦ**



### Резюме по Разделу 4.1 Размер частного сектора

- Трудно установить размер частного сектора здравоохранения в основном из-за плохой дисциплины поставщиков в плане предоставления государственным органам информации, а также ограниченности стимулов со стороны государства для обеспечения предоставления юридически обязательной информации.
- Частный сектор непрерывно развивался в секторе здравоохранения КР в последнее десятилетие.
- Частный сектор остается относительно небольшим (не более 10%) по сравнению с государственным сектором. В амбулаторной помощи, частный сектор занимает около 5% амбулаторных посещений.
- Регионально, частный сектор сконцентрирован в столице и Чуйской области.

## 4.2. Какова роль частного сектора в системе здравоохранения КР?

**Частный сектор одновременно дополняет государственные услуги и в то же время конкурирует с ним.** В ходе исследования рынка частных медицинских услуг, были четко определены три направления развития рынка: (i) услуги, которые мало оказываются или не оказываются вообще государственным сектором здравоохранения (превалирует предоставление частным сектором); (ii) услуги оказываются как в государственном, так и в частном секторе (конкуренция: государственный-частный); (iii) услуги оказываются в тех областях, где государственный сектор не предоставляет достаточные услуги (частный сектор дополняет государственный сектор).

**(i) Те услуги, которые не жизненно важно оказывать государству,** такие как косметология – 41 учреждение, массаж – 90, иглорефлексотерапия - 52 и т.д., а следовательно и имеется ниша на рынке. В случайную выборку из 31 учреждения по стране попали два учреждения (6%) с пара медицинской деятельностью: т.н. пульсовая компьютерная диагностика и «космоэнергетическая медицина и астрология». При этом одна организация проводит диагностику ВСЕХ болезней а другая их все лечит, кстати обе имеют лицензию МЗ и в планах видят развитие и расширение своей деятельности.

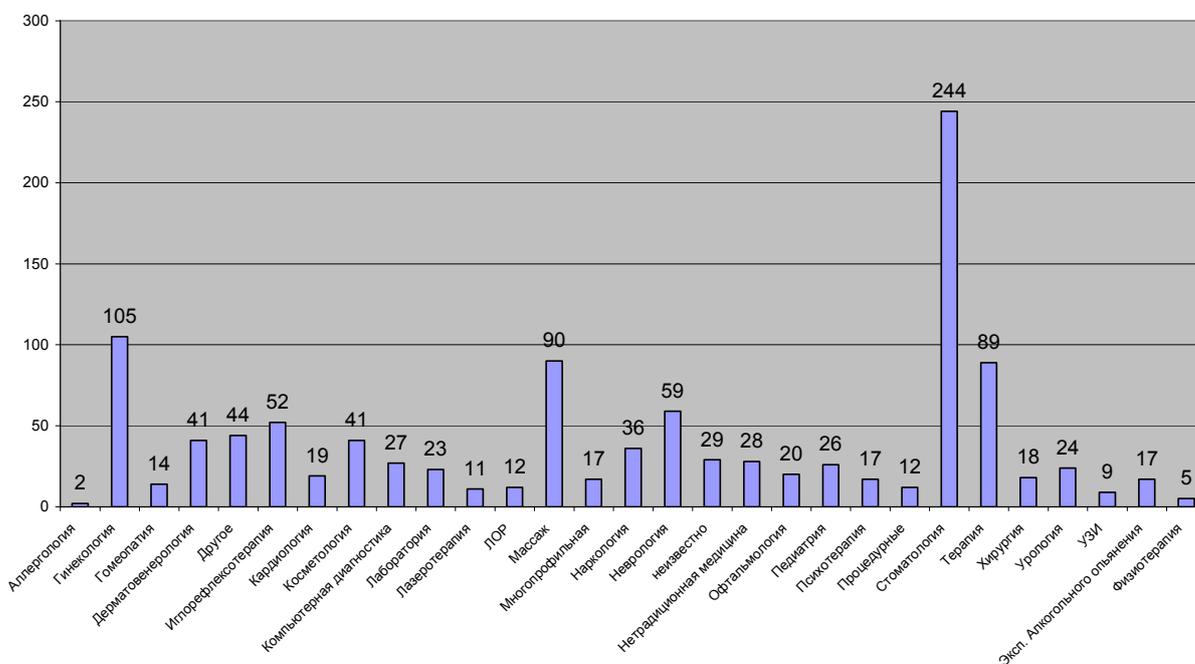
**(ii) Услуги, конкурирующие с государственным сектором.** Наиболее многочисленным направлением деятельности, конкурирующим с госсектором являются услуги по гинекологии – 105 учреждений работали в этой области в 2007 году, больше только стоматологические кабинеты. Далее по нисходящей идет терапия – 89 кабинетов, неврология – 59, дерматовенерология – 41, наркология – 36 и педиатрия и урология – 26 и 24 соответственно, имеется 18 кабинетов, оказывающих хирургические услуги. (Рисунок 7) Примечательно, что многие разрозненные кабинеты объединяются в полноценные медицинские центры, оказывающие как можно более комплексный спектр услуг, чаще всего первичного уровня. Почти все частные лаборатории, а их зарегистрировано 23 в 2007 году, успешно конкурируют с государственными, хотя процесс аккредитации прошли далеко не все.

**(iii) Ниши на рынке не охвачены государством или охвачены недостаточно.** Третье направление работы частных медицинских организаций г.Бишкек - около рынков – обслуживание внутренних мигрантов и граждан, работающих на рынках. Этот тип частных медицинских организаций не имеет конкурентов в виде государственных лечебных учреждений, так как на территории рынков и базаров их просто нет. Зато у частников за сравнительно недорогую стоимость можно получить медицинскую помощь без прописки в

столице и иных документов, подтверждающих личность. Как известно, не все внутренние мигранты приписаны к ГСВ по месту жительства по ряду причин. Одними из них является отсутствие постоянного места жительства (прописки в городе), документов и информированности о своих правах. Всего этого не требуется для получения медицинских услуг в частном медцентре, да и месторасположение последних гораздо удобнее для работающих на рынках чем та же Группа семейных врачей, месторасположение которой может быть неизвестно для них. Хотя судить однозначно о качестве таких услуг очень сложно. Нельзя сказать что абсолютно все медцентры на территории базаров страдают антисанитарией и оказывают неквалифицированную помощь, но все же, судя по тому, что ни в одном из 3 обследованных медцентров около одного из рынков Бишкека мы не увидели лицензию МЗ (хотя другие частные клиники гордятся наличием лицензии и вывешивают ее на видном месте), да и по условиям рабочего места можно сказать, что это наиболее рискованная часть частного сектора в здравоохранении.

**Рисунок 7. Частные поставщики по виду деятельности**

Данные от отдела лицензирования МЗ КР за 2007 год по кабинетам (отделения)



#### Резюме по Разделу 4.2 Объем работы частного сектора

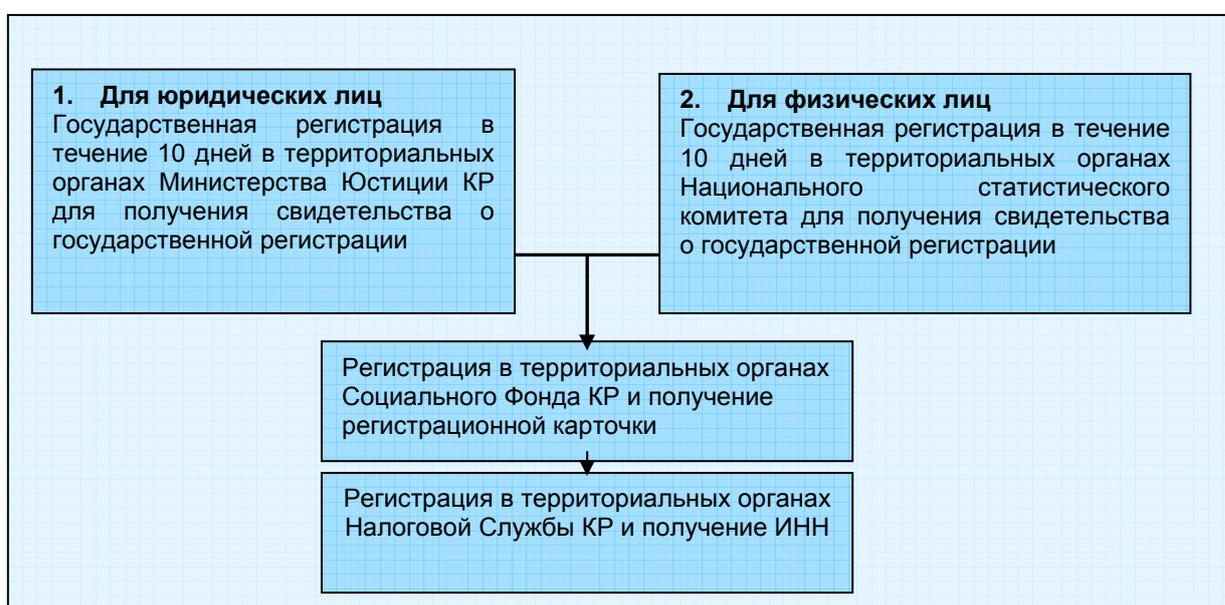
- Частный сектор конкурирует с государственным сектором во многих областях, к тому же дополняет его, предлагая услуги там, где у государственного сектора не достаточно количества или качества.

#### 4.3. Нормативно-правовая база достаточно благоприятна для открытия частной практики.

Если обратиться к международному опыту, законодательство и бюрократические преграды часто стоят на пути развития частного сектора. В отличие от него, в Кыргызском законодательстве все ясно, понятно и в

требованиях не отражается чрезмерный бюрократический контроль для открытия и функционирования частной медицинской практики. На рынке частных медицинских услуг поставщиками могут выступать организации здравоохранения, основанные на частной форме собственности и частные предприниматели, осуществляющие свою деятельность без регистрации юридического лица. Для того, чтобы легально оказывать медицинские услуги частным образом, необходимо пройти регистрацию и получить разрешительные документы. Процедура регистрации является общей для всех субъектов, планирующих осуществлять предпринимательскую деятельность на территории КР, и включает в себя 3 этапа: (1) получение свидетельства о государственной регистрации, (2) регистрация в органах социального страхования, (3) получение идентификационного номера налогоплательщика (ИНН) (Рисунок 8). В целом же процесс регистрации согласно нормативно-правовым документам должен занимать от 15 до 30 дней.

**Рисунок 8. Регистрация субъектов предпринимательской деятельности**



Согласно закону «Об охране здоровья граждан в КР»<sup>5</sup> и Закону «О лицензировании», основным разрешительным документом на предоставление частных медицинских услуг является лицензия, выдаваемая Министерством Здравоохранения КР. Разрешение на осуществление частной медицинской практики в Кыргызской Республике регулируется следующей нормативно-правовой базой:

- Законом «О лицензировании» КР от 3.03.1997 г.,
- Положением «О лицензировании отдельных видов предпринимательской деятельности КР» от 31.05.2001,
- Положением «О порядке проведения лицензионной экспертизы частной медицинской практики в КР» и Положением «Об аттестации частнопрактикующих медицинских работников в Кыргызской Республике», утвержденными Приказом МЗ КР «О порядке проведения лицензионной экспертизы частной медицинской практики и об аттестации частнопрактикующих работников в КР» от 28.02.2006 г.

<sup>5</sup> Закон «Об охране здоровья граждан КР» от 9.01.2005 г. №6

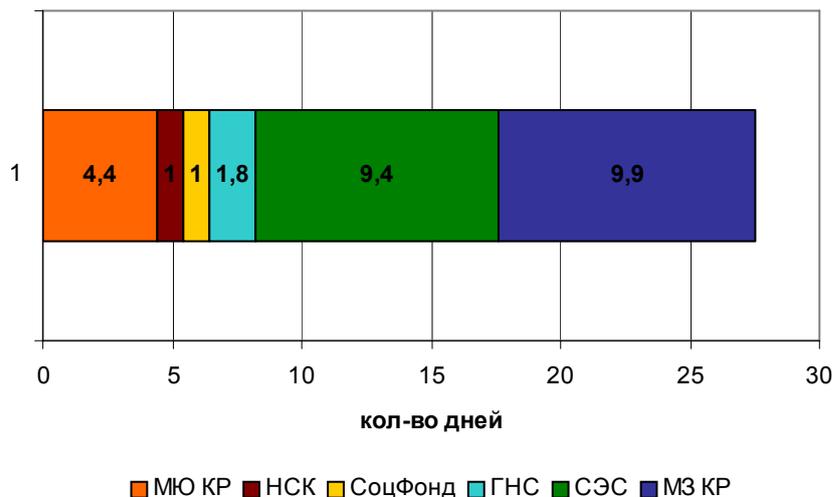
Для получения лицензии, в главное управление организации медицинской помощи и лицензирования (ГУОМПиЛ) МЗ КР необходимо предоставить перечень документов, включающий в себя: (1) документы, подтверждающие регистрацию; (2) документы, подтверждающие право собственности или аренды помещения и заключение ЦГСЭН о его соответствии санитарно-гигиеническим нормам; (3) правоустанавливающий документ, подтверждающий право собственности/договор об аренде на медицинское оборудование, аппаратуры и инструментария и перечень имеющегося оборудования, аппаратуры, и инструментария, абсолютно необходимых для осуществления заявленных видов деятельности; (4) диплом об окончании высшего (среднего) медицинского учебного заведения, и другие документы, подтверждающие профессиональную квалификацию и стаж работы по заявленным видам деятельности; и (5) заявление о выдаче лицензии по установленной форме. Решение о выдаче лицензии принимается на основе результатов лицензионной экспертизы в течение 30 дней. Лицензия выдается на конкретный вид медицинской деятельности сроком на 2 года.

Наиболее распространенными причинами для отказа в выдаче лицензии, со слов руководителя отдела лицензирования ГУОМПиЛ, являются (а) несоответствие предоставленных документов установленным нормативом, либо представление неполного перечня документов, (б) несоответствие объектов, необходимых для занятия частной практикой, санитарно-гигиеническим и другим нормам. Для повторной подачи заявления на получение лицензии необходимо принять заключение экспертов и произвести соответствующие изменения.

Таким образом, основными условиями для того, чтобы стать провайдером частных медицинских услуг в КР, необходимо пройти регистрацию, иметь профессиональное образование и квалификацию, а так же соответствующее помещение и оборудование. При наличии всех необходимых компонентов процесс открытия частного медицинского бизнеса занимает около 2 месяцев.

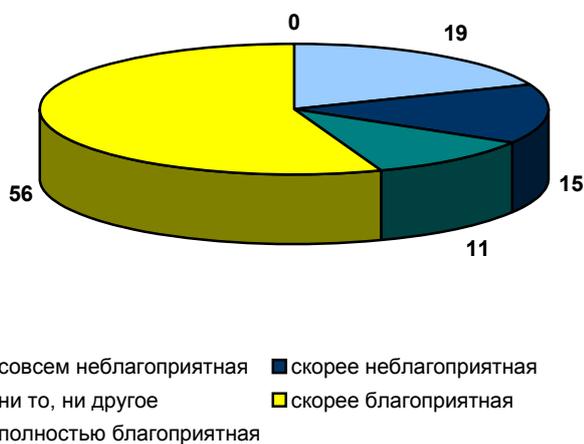
**Опрос частных поставщиков медицинских услуг подтверждает выводы, сделанные на основе анализа нормативно-правовой базы: длительность процедур и предъявляемые требования являются вполне приемлемыми для тех, кто решил работать в этой сфере.** Согласно ответам респондентов, на практике средняя длительность оформления всех документов, необходимых для начала работы частного провайдера медицинских услуг, составляет менее 30 дней (Рисунок 9). Зачастую для осуществления государственной регистрации руководители организаций обращались в фирмы, специализирующиеся на этом, в связи с чем, общий процесс регистрации занимал около 10 дней. Второй этап – получение разрешительных документов на осуществление частной медицинской практики, - занимал около 20 дней. Абсолютное большинство респондентов отметили, что процедуры выдачи разрешительных документов в этих организациях ясные, а все предъявляемые требования являются обоснованными.

**Рисунок 9. Длительность регистрации и получения разрешительных документов опрос провайдеров услуг**



На основе оценки респондентов, существующую регулятивную базу в отношении деятельности частных поставщиков медицинских услуг можно охарактеризовать как относительно благоприятную (Рисунок 10). В то же время 34% опрошенных отметили один или несколько аспектов в нормативно-правовой базе, которые мешают их работе. Большинство замечаний было высказано в отношении проверок различных служб: процедур их проведения и предъявляемых требований. Прозвучали так же пожелания по смягчению налогообложения, изменению функций государства в отношении частного медицинского сектора, и усилении партнерства.

**Рисунок 10. Оценка благоприятности нормативно-правовой базы опрос провайдеров услуг**



*«Не ясно, имеем ли мы право выдавать больничные листы. В ОЛ МЗ нам выдали 50 больничных листов, а на предприятии с больного требуют больничный с ГСВ»*

*«Для частных медицинских организаций нужно снизить НДС, так как мы помогаем государству. По сути ведь правительству должно быть все равно, кто оказывает услугу – частник или госврач, главное, чтобы услуга была оказана качественно и вовремя».*

*«Часто в аптечной сети нет амидопириновой и фенолфталеиновой пробы, для проверки инструментария после дезинфекции, а СЭС требует, чтобы они были в наличии. Да что там пробы, растворов для обработки нет - лизофармин, дезофран, хлоргексидин, хотя в государственных больницах они имеются в неограниченном количестве»*

*«Например, по требованию МЗ для дезинфекции эндоскопического оборудования необходим 3% раствор лизофармина на 30 минут, в то же время по условиям завода изготовителя 2% раствор лизофармина на 15 минут вполне достаточно. Из-за таких нарушений могут дойти до закрытия центра»*

#### **Резюме по Разделу 4.3 Законодательная база**

- В кыргызском законодательстве все ясно, понятно и нет бюрократических моментов для открытия частной медицинской практики. Респонденты оценивали существующее законодательство как относительно благоприятное для открытия частной медицинской практики.
- По опросу руководства частных клиник выяснилось, для того чтобы открыть свою практику требуется в среднем менее 30 дней.

#### **4.4. Основные барьеры для роста частного сектора**

Несмотря на то, что респонденты в нашем исследовании оценивали законодательную базу как благоприятную для развития частного сектора, они также выделили ряд барьеров, такие как отсутствие государственной поддержки, слабо претворяемые в жизнь права собственности, а также недостаточный доступ к инвестициям. Что касается поддержки дальнейшего развития частного сектора, не ощущается должного внимания со стороны государства. Иногда, условия работы даже более тяжелые по сравнению с государственными лечебными учреждениями.

*«Мэрия, РЭС приравнивают нас к тем, кто продает водку и сигареты, магазинам, казино, мы оплачиваем коммерческий тариф 0,8 сом/кВт +20% НДС+4% и все равно отключают свет, а у нас ведь лежат большие»*

*«Достаточно большая свобода для нас, просто так не беспокоят, только по жалобам, не мешают но и не поддерживают...»*

По мнению руководителей частных медицинских организаций, выяснилось, что основным барьером для роста и развития является недоступность к инвестициям, таким как кредиты на льготных условиях или предоставление оборудования в лизинг. Высокая стоимость стартовых вложений (зданий, оборудования) создает реальный барьер для развития частного сектора. Закупка оборудования может отодвинуть на 1-2 года получение прибыли а следовательно и дальнейший рост и развитие организации. 29 из 31 опрошенных выразили желание получить кредиты на льготных условиях или оборудование в лизинг. Следует отметить, что возможность получения кредита в стране существует, их выдают коммерческие банки под коммерческие проценты, беря

в залог имущество, но проценты там слишком высоки – 20-25% годовых, что является непосильным для частных медицинских организаций, только встающих на ноги.

*«Хорошо было бы получить какие нибудь льготные кредиты, или оборудование в лизинг, а то очень дорогое оборудование сейчас, а в банках проценты слишком большие, мы только на проценты и будем работать»*

5 из 31 (16%) опрошенных упоминали о том, что их права собственности или условия контрактов нарушались. Нарушителями выступали как государственные больницы, сдающие в аренду площади так и чиновники некоторых надзорных ведомств. Примером этого может служить то, когда договор об аренде был односторонне расторгнут арендодателем после проведенного там ремонта, ситуация, с которой сталкиваются многие поставщики, которые работают в арендованных учреждениях.

*«Сначала больница предоставила нам помещение, освобожденное после реструктуризации. Мы сделали хороший ремонт, думали для себя, после чего нас оттуда «попросили». Вместо этого дали другое здание, ветхое совсем. Сейчас на аренде у госкомимущества сидим, ремонт сделали только косметический, кто его знает что будет завтра, может опять «попросят» освободить...»* Взаимоотношения государственного и частного здравоохранения более полно рассмотрены в главе 4.8. Сотрудничество с другими организациями.

Некоторые отмечали вымогательства со стороны отдельных государственных чиновников

*«Вымогали деньги, отстали только после того, как я написала жалобу министру здравоохранения, а вымогателю дала словесный отпор с вызовом своего адвоката»*

*«Женщина пожаловалась на нас в МЗ, нас закрыли на три месяца хотя ситуация спорная. Нас некому защитить, МЗ встает на сторону пациентов и нет разбирательства независимого»*

Эти высказывания некоторых частных поставщиков медицинских услуг говорят нам о том, что работа по защите их прав ведется недостаточная. Министерство здравоохранения не редко встает на сторону «своих» государственных больниц или пациентов, оставляя частные медучреждения наедине со своими проблемами. Существующая ассоциация негосударственных медицинских организаций Кыргызской Республики включает в себя небольшое количество организаций (около 40 и в основном по г.Бишкек) и одной из функций этой ассоциации является защита прав ее членов. Но остальные негосударственные медицинские учреждения, а это более 1800 субъектов по стране, борются за свои права в одиночку.

#### **4.5. Механизм ценообразования, уровень цен и прибыльность**

В ходе обсуждений по поводу частного сектора часто высказываются мнения о поощрении конкуренции между государственным и частным секторами. Ключевым аспектом этого является ожидание того, что потребители будут выбирать поставщика, который предлагает более низкую цену за одну и ту же услугу. Тогда как значение «одной и той же услуги» в здравоохранении является спорным, поскольку разница в качестве огромная, мы попытались (а) проанализировать процесс формирования цены

в частном секторе (4.5.1), (b) сравнить цены в государственном и частном секторах (4.5.2), (c) понять как пациенты и поставщики сами воспринимают разницу в ценах между двумя секторами (4.5.3), и (d) понять каким образом установление цен воздействует на прибыльность частной медицинской практики (4.5.4).

#### **4.5.1. Установление цен в частном секторе**

**Ценовая дискриминация широко практикуется в частном секторе: в частных клиниках хоть и существует определенный преискуртант цен, но также имеется возможность договориться с врачом о стоимости лечения или иной услуги.** Как выяснилось в ходе исследования:

- 54% опрошенных пациентов частных клиник не видели преискуртант цен
- 44% договаривались о цене с врачом
- 67% не получили кассовый чек

То есть процесс ценообразования достаточно гибок. Налицо т.н. «ценовая дискриминация». Этот экономический феномен может возникать в двух разных случаях. Первый случай – это когда продавцы запрашивают разные цены с людей разных категорий, если это не запрещено законом. Хорошим примером из коммерческого сектора является установление цен на общественный транспорт, где пенсионеры платят меньше, чем не пенсионеры. В медицинских услугах, оценивая социально-экономический статус, имеет хороший экономический смысл для частных поставщиков взимать более высокие цены с более богатых пациентов, а более низкие – с бедных пациентов. Такой вид ценовой дискриминации в медицине наблюдался во многих странах, включая развитые страны, такие как Соединенные Штаты, а также страны с низкими доходами, такие как Индия. Второй случай – это когда покупатели устанавливают цены на разные объемы услуг по-разному. В коммерческом мире хорошим примером является рынок мобильных телефонов, где цена за минуты варьирует в зависимости от объемов потребления; или любого вида кампания по продвижению товара на рынок, где потребители получают второй или третий продукт за полцены или бесплатно, если они купили первый за полную стоимость. Существуют примеры из медицины также, когда первые посещения выходят дороже, чем последующие вторые посещения.

Ценовая дискриминация это не хорошо и не плохо, это экономическое явление, которое характеризуется тем, что поставщик товара или услуг устанавливает цены на свое усмотрение. Ценовая дискриминация практикуется, потому что она повышает прибыль поставщиков в отличие от режимов единой цены. Часто, это говорит о негосударственном регулировании ценообразования, что в общем то и наблюдается в рыночных условиях Кыргызской Республики. И действительно, при опросе руководителей частных организаций, многие из них признавались, что порой они могут обслужить пациента со скидкой, если видят что он не платежеспособен и наоборот, при обращении человека богатого и солидного никогда не торгуются с ним и те оплачивают полную стоимость услуги. Трудно сказать кто больше всего проигрывает или выигрывает в такой ситуации. Пациент, который имеет шанс получить услугу по более низкой цене или пациент, получающий качественные услуги за приличные деньги. Поставщик, который может получать максимальную прибыль, или государство которое недополучает налоги.

#### **4.5.2. Сравнение цен в государственных и частных учреждениях**

В нашем исследовании сделана попытка сравнить цены в государственном и частном секторах. Это оказалось трудной задачей в силу существования ценовой дискриминации. Кроме того, официальная цена услуг в государственных учреждениях

скрывает действительную стоимость, с которой сталкиваются пациенты из-за постоянного присутствия неформальной оплаты. С этими предостережениями, перечень амбулаторных услуг отбирался для сравнения цен на такие услуги как гинекологические, офтальмологические, функциональная диагностика, хирургические услуги, лабораторные тесты, ежедневные медицинские процедуры (инъекции, капельные вливания и т.п.) и цены были получены следующим образом:

- **для государственных ЛПУ:** использовать цены из «Прейскуранта цен для организаций здравоохранения Кыргызской Республики, работающих в системе Единого плательщика» за 2008 г.
- **для частных клиник и частнопрактикующих врачей:** Опрос, который провели с пациентами, не позволил нам установить средние цены, поскольку многие респонденты отказались отвечать на вопрос: «сколько вы платили за различные услуги?». Таким образом, мы взяли цены из прейскурантов цен на оказываемое ими услуги в 5 частных учреждениях в г. Бишкек, а также были использованы данные из опроса клиентов частных клиник в 3 других городах Кыргызстана.

**В целом, по всем лечебно-диагностическим услугам цены в частном коммерческом секторе были объективно выше, чем официальные цены в государственных ЛПУ (Рисунок 11.).** При сравнении *различных* областей медицинских вмешательств разброс цен был неравномерным. К примеру, разница в ценах между государственными и частными ЛПУ в гинекологической и офтальмологической практике в среднем больше, чем такая разница в функциональной диагностике и ежедневных процедурах.

*Внутри* изученных областей медицинских вмешательств также можно наблюдать достаточно широкий разброс цен. Среди факторов, влияющих на цены изученных услуг в частном секторе, выделяются такие как: (i) насыщенность рынка, (ii) технологичность вмешательств (требуемое оборудование, квалификация врача и др.), (iii) сложность вмешательств (вероятность осложнений, ответственность и др.).

О важности первого и второго факторов свидетельствуют следующий пример. Средняя цена на УЗ исследование по традиционной технологии в частных ЛПУ составляет от 180 сом, что в 4 раза больше средней цены в государственном ЛПУ. Цена на УЗ доплерографическое исследование в частных ЛПУ составляет 400 сом, что уже в 10 раз больше цены в государственном ЛПУ. Рынок УЗИ по традиционной технологии в г. Бишкек достаточно насыщен, в то время УЗ доплерография, будучи относительно новой технологией, в частном секторе здравоохранения Бишкека представлена чрезвычайно мало. Оперирование последней технологией сопряжено с необходимостью найма более затратного персонала, компетентного в области ангиографии, неврологии и др. Кроме того, требуется более затратное оборудование. Интересно заметить, что в государственных ЛПУ разница в ценах на эти два исследования очень мала и причем УЗД дешевле УЗИ.

Третий фактор можно увидеть в другом примере. Средняя цена на удаление ВМС (внутриматочная спираль) без наличия осложнений составляет 150 сом, в то время как цена удаления ВМС при наличии осложнений составляет 300 сом. Последнее вмешательство требует от врача сравнительно больший опыт и ответственность. Цены частных ЛПУ на сравнительно несложную обработку тампонами с лекарственными веществами выше, чем в государственных ЛПУ, в 1,6 раз. В то же время, для более сложной биопсии шейки матки такая разница составляет 17 раз.

Таким образом, цены в частном секторе в Кыргызстане всегда выше, чем в государственных ЛПУ. Цены сравнительно выше в экономически более активных зонах, таких как г. Бишкек. Цены услуг частных ЛПУ, среди прочих, определяются (i)

насыщенностью рынка, (ii) технологичностью вмешательства (требуемое оборудование, квалификация врача и др.), (iii) сложностью вмешательства (вероятность осложнений, ответственность и др.).

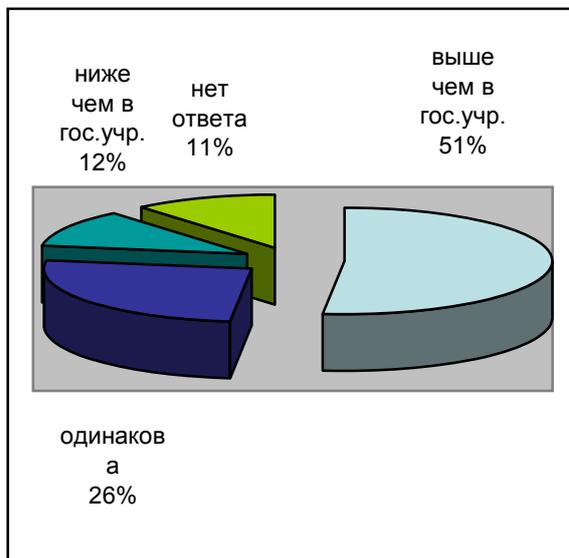
Рисунок 11. Сравнение цен на некоторые услуги в государственных и частных ЛПУ в г. Бишкек (данные на сентябрь 2008 г.)

Услуги	Цены в государственных ЛПУ (сом)	Средние цены <sup>6</sup> в частном секторе (сом)	Разница (средняя)
<i>Гинекологические услуги</i>			
УЗИ при беременности	41	200 сом (в Бишкеке) 70 сом (в Караколе)	<b>5</b> <b>1,7</b>
Мини-аборт под общим наркозом	121	550	<b>4,5</b>
Введение ВМС	14	150	<b>10</b>
Удаление ВМС без наличия осложнений	12	150	<b>12</b>
Удаление ВМС при наличии осложнений	21	300	<b>14</b>
Кольпоскопия	19	200	<b>10,5</b>
Тампоны с лекарственными веществами	12	20	<b>1,6</b>
Биопсия шейки матки	22	390	<b>17</b>
<i>Функциональная диагностика</i>			
Эзофагогастродуоденоскопия (гастроскопия)	86	100	<b>1,2</b>
ЭКГ	38	100	<b>2,6</b>
УЗИ по традиционной технологии	43 (26-88)	180	<b>4</b>
УЗ доплерография	37	400	<b>10</b>
<i>Хирургические вмешательства</i>			
Иссечение крайней плоти (обрезание)	190	800	<b>4,2</b>
Удаление липом, фибром, атером	72	700	<b>9</b>
Вскрытие гнойников	44	700	<b>16</b>
<i>Офтальмологические услуги</i>			
Гониоскопия	31	80	<b>2,5</b>
Офтальмометрия	17	20 и выше	<b>1,2 и выше</b>
Экзофтальмометрия	11	20 и выше	<b>1,8 и выше</b>
Определение диаметра роговицы	11	15 и выше	<b>1,3 и выше</b>
Периметрия	13	300	<b>23</b>
Тонометрия	30	70 и выше	<b>2,3 и выше</b>
Тонография	27	50 и выше	<b>1,8 и выше</b>
Визометрия (определение остроты зрения)	11	70 и выше	<b>6 и выше</b>
Скиаскопия	21	30 и выше	<b>1,4 и выше</b>
Удаление инородного тела роговицы, века	14	300	<b>21</b>
Субконъюнктивальные инъекции	18	20 и выше	<b>1,1 и выше</b>
Промывание слезных путей	23	25 и выше	<b>1,1 и выше</b>
<i>Ежедневные медицинские процедуры</i>			
В\м инъекции	6	19	<b>3</b>
В\в инъекции	9	29	<b>3</b>
Капельные вливания	29	98	<b>3</b>

<sup>6</sup> Цены на услуги, для которых не удалось вычислить среднее число, в таблице приводятся в виде минимальной цены

### 4.5.3. Восприятие пациентами и поставщиками относительных цен

**Рисунок 12. Сравнение цен на услуги в частном и государственном секторе по мнению пациентов частных клиник.**

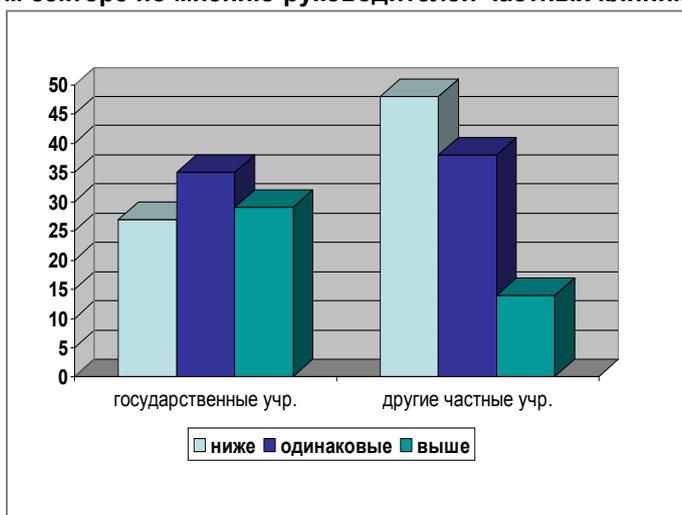


Эти полученные данные подтверждаются субъективным впечатлением пациентов частных клиник, которые ответили на вопрос нашего опроса, что в целом частный сектор является более дорогостоящим, чем государственный сектор. Как видно из Рисунка 12, около половины пациентов частных клиник (51%) считают что цены в частных учреждениях выше чем в государственных, 26% что цены одинаковые а 12% считают что цены в частной клинике даже ниже чем в государственной. При сравнении цен с другими частными клиниками около половины респондентов посчитали цены одинаковыми (49%) и 22% ниже чем в других частных клиниках.

Это говорит о том, что пациенты прекрасно отдадут себе отчет в том, что услуги в частных организациях будут стоить дороже, чем в государственных, и они готовы к этому. Многие пациенты упоминали, что в государственных больницах помимо официальной со оплаты придется платить неофициальную, которая зачастую бывает непредсказуема, поэтому они предпочитают заплатить частнику, чтобы потом требовать от него все что положено. При общении с пациентами создается впечатление, что пациенты вполне довольны уровнем цен, установленных в частной медорганизации, 84% пациентов считают что цена на услуги, полученные в данной частной клинике соответствует их качеству.

**Рисунок 12. Сравнение цен на услуги в частном и государственном секторе по мнению руководителей частных клиник.**

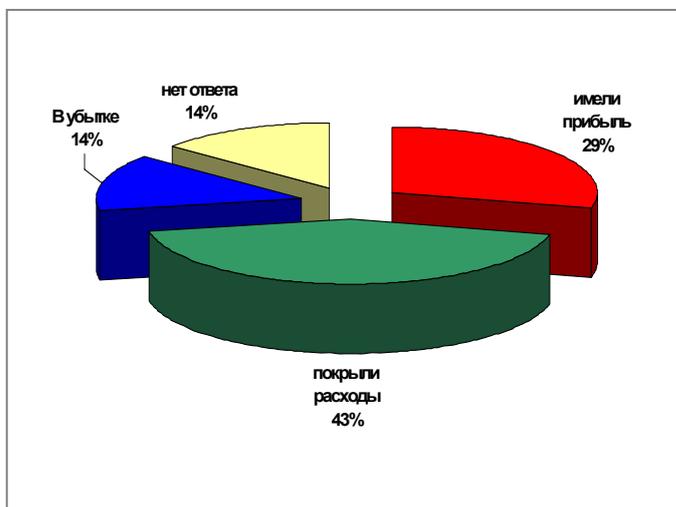
По мнению руководителей частных клиник, их цены примерно одинаковы по сравнению с государственными медучреждениями (Рис.12). На вопрос об официальной разнице в цене, почти все руководители частных медучреждений говорили о том, что если не брать в расчет неформальные выплаты, то официальные цены в частных клиниках будут несомненно выше. Но с учетом неформальных выплат, 35% руководителей частных медучреждений признали цены одинаковыми а 27% считают в их клиниках цены даже ниже. При сравнении с другими частными медучреждениями, 38% опрошенных считают цены примерно одинаковыми, 48% считают что у них цены ниже и только 14% признались что цены у них действительно выше чем в других частных клиниках.



Конечно, это абсолютно субъективная оценка, но она дает нам представление о том, что думают руководители частных медучреждений об уровне цен на свои услуги, услуги конкурентов, в т.ч. из государственного сектора.

#### 4.5.4. Прибыльность (Самооценка частных медицинских организаций)

Рисунок 13. «Какая прибыль за последний год была у вашей компании?»



В последнем разделе нашего исследования о формировании цен и его связи с рыночной конкуренцией, мы обсудили рентабельность частной медицинской практики с участниками нашего исследования. При разговоре с руководством частных медицинских учреждений мы задавали один вопрос о прибыльности компании. Звучал он так: «Какая прибыль за последний год была у вашей компании?» (Рис.13). Мы понимали, что вопрос достаточно щепетильный и не каждый согласится откровенно

ответить на него. К нашему удивлению, почти все опрошенные восприняли этот вопрос достаточно спокойно и мы получили отказ отвечать только от 4 человек из 31 опрошенных. Из согласившихся обсуждать эту тему, 43% сказали что «компания просто покрыла все расходы/вложения/инвестиции». Частым объяснением было то, что они до сих пор расплачиваются по долгам, еще не окупили дорогостоящее оборудование и т.д. поэтому хотя учреждение и приносит доход, прибыль идет на погашение предыдущих вложений. И несмотря на это 29% опрошенных признались, что «наша компания имела хорошую прибыль» за последний календарный год. В основном это были уверенные в себе компании, нацеленные на рост и расширение. И хотя 14% сказали что «наша компания потерпела убытки», автор не видит реальных причин для такого ответа. В целом выбор этого варианта ответа скорее всего обуславливался тем, что компания еще не отработала те вложения и инвестиции, которые были вложены в нее ранее – закупка оборудования, зданий, их ремонт и т.д.

#### 4.6. Частный рынок медицинских услуг развивается

**В целом, частный рынок медицинских услуг развивается и довольно динамично.** Для оценки рынка задавалось несколько вопросов. Первое, просили оценить рынок медицинских услуг с точки зрения наличия или отсутствия конкуренции, за последний год и их прогнозы на будущий год (Рис.14). Тем самым мы выяснили, что рынок очень конкурентный и почти все ожидают что с каждым годом все новые конкуренты будут входить на рынок медицинских услуг. На вопрос «Как вы оцениваете с точки зрения рынка последние 12 месяцев?» 71% ответили что «новые конкуренты вошли в рынок и рынок стал более конкурентным», а 78% предрекают дальнейший рост количества игроков на этом рынке в следующем году.

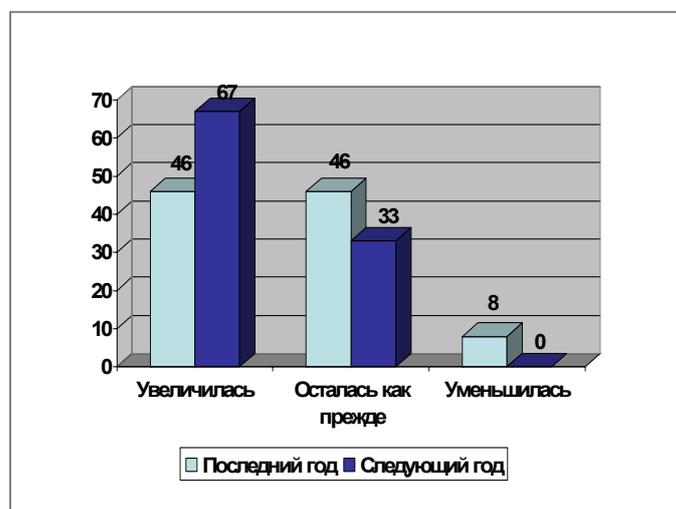
Далее мы просили оценить собственно компанию, был ли рост и развитие в прошлом году, если да то в каком направлении (Рис.15). Ожидают ли они дальнейший рост в следующем году, и если да то в каком направлении. В результате, мы видим, что 46% отметили рост за прошлый год и 67% планируют развитие в будущем. Отсутствие развития или роста за последний год отметили также 46%, но планируют оставаться на

этом же уровне только 33%. И только 8% сказали что их компания уменьшилась за последний год, но уменьшаться дальше или выходить из этого бизнеса не собирается никто.

**Рисунок 14. «Как вы оцениваете последний год и ваши прогнозы на следующий год с точки зрения рынка?»**



**Рисунок 15. «Как вы оцениваете последний год и ваши прогнозы на следующий год с точки зрения вашей клиники?»**



В каких же направлениях планируется рост и развитие частных медицинских организаций самими поставщиками этих услуг? Почти все отметили что, они будут:

- предоставлять те же услуги но в большем объеме чем сейчас
- оказывать услуги нового типа
- нанимать больше сотрудников
- закупать новое оборудование
- улучшать здание
- заключать новые контракты с другими организациями на предоставление дополнительных услуг нашим клиентам

Список вариантов приведен в порядке убывания частоты ответов. Многие собираются предоставлять услуги в большем количестве, услуги нового типа с наймом новых специалистов, с новым оборудованием и в более комфортных условиях. Но это планы на будущее. Что же было на самом деле, в каких направлениях развивалась компания в прошлом году? Картина намного скромнее. 12 (39%) из 31 стали предоставлять те же услуги но в большем объеме чем сейчас, 7 (23%) стали оказывать услуги нового типа, 4 (13%) компании наняли больше сотрудников, 4 (13%) компании закупили новое оборудование, 3 (10%) улучшили здание и одна компания заключила новые контракты. Все это говорит о том, что рынок развивается, но не на столько быстро, как того позволяет потенциал рынка. Все еще существуют проблемы с доступностью инвестиций и капиталов, что не позволяет частным медицинским организациям развиваться так, как им хотелось бы. То что в прошлом году всего около 10% опрошенных организаций смогли закупить новое оборудование (куда входили также любые инструментарию) и сделать ремонт (улучшить свое здание) при том, что почти все опрошенные хотели бы сделать это, ясно и четко говорит о недоступности таких вложений.

В то же время, судя по тому, что рынок развивается довольно динамично, конкуренция нарастает и скорее всего темпы роста в ближайшее время не замедлятся, частный

сектор здравоохранения на данный момент это достаточно прибыльная отрасль и возможность для инвестирования как частного капитала, так и государственного.

#### **4.7. Основное преимущество в качестве услуг частных поставщиков это их отношение к пациентам**

Наше исследование по качеству проходило в двух направлениях. Сначала мы изучили мероприятия государственных органов, которые несут ответственность за контроль качества и защиту интересов пациентов (4.7.1). Во-вторых, мы спрашивали мнение самих частных поставщиков и их пациентов относительно преимуществ частного и государственного секторов в различных аспектах качества (4.7.2).

##### **4.7.1. Контроль качества через государственные организации**

Каким же образом проводится контроль качества предоставляемых услуг в частном секторе здравоохранения со стороны государства? По линии Министерства здравоохранения – это проверка соответствия государственным стандартам при выдаче лицензии на право деятельности и дальнейшие проверки один раз в год:

- Отдел Лицензирования Минздрава (1 раз в год и на основании жалоб)
- Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора и его подразделения на местах (1 раз в год и на основании жалоб)
- Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (1 раз в год)

Основным государственным органом, регулирующим деятельность частного сектора здравоохранения является отдел лицензирования Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Физические и юридические лица, желающие заниматься частной деятельностью в секторе здравоохранения обязаны получить лицензию МЗ. Существует ряд требований, о которых мы говорили в разделе 4.2., которые должны соблюдаться и после получения лицензии. Это, в первую очередь соблюдение санитарно-гигиенических норм, следование принципам доказательной медицины, 1 раз в год регулярная отчетность по форме №22 (заболеваемости, кадры и др.) в областные медико-информационные центры а также соблюдение всех остальных приказов министерства здравоохранения. Также для получения лицензии врачи должны пройти предлицензионный квалификационный экзамен, с последующей пересдачей 1 раз в три 3 года. Председателем экзаменационной комиссии является заместитель министра, курирующий данный вопрос, заместителем председателя – начальник лицензионного отдела МЗ, а также привлекаются внештатные эксперты из Национальных центров по профилю. Аккредитация в нашей стране процесс добровольный, и проводит его Медицинская Аккредитационная Комиссия. На сегодняшний день у нас аккредитована только одна частная лаборатория и несколько частных лечебных учреждений, так как сам факт прохождения аккредитации не дает никаких преимуществ частным медицинским организациям, кроме морального удовлетворения. Прохождение аккредитации является условием для заключения договора с Фондом обязательного медицинского страхования. Но частные медицинские организации не спешат взваливать на себя ответственность по соблюдению всех правил игры ради финансирования со стороны ФОМС. Многие из них так и говорили, что они ушли из госучреждения именно от этих бесконечных проверок, штрафов и комиссий, от бюрократии в заполнении отчетов, историй болезней и т.д., и ни за какие деньги не хотят возвращаться к этому.

Что происходит на самом деле? Со слов частных, центры госсанэпиднадзора контролируют санитарно-эпидемиологический режим в 96% частных организациях не меньше чем 1 раз в год и даже чаще, что говорит о возможно достаточно хорошем контроле качества в этом направлении. Согласно политики государства по поддержке малого и среднего бизнеса Центры госсанэпиднадзора (как и остальные проверяющие службы) имеют право на проверки один раз в год в плановом порядке, с письменным уведомлением частных о предстоящей проверке за 10 дней вперед. Понятно, что в таком режиме поддерживать эпидемиологическую ситуацию в частном секторе просто невозможно. Также, справедливости ради следует отметить, что они имеют право проверять и внепланово в порядке реагирования на письменные жалобы от населения а также во время вспышек различных инфекционных заболеваний, только по согласованию с министерством по экономическому развитию. Но в этом случае речь уже идет об устранение последствий а не о профилактике.

Представленная ниже таблица показывает нам насколько часто проверяют частные медицинские учреждения различные проверяющие органы. Как мы видим, положенные один раз в год и даже чаще проверяют только службы госсанэпиднадзора и налоговой инспекции. Министерство здравоохранения в лице отдела лицензирования проверило около половины (48%) опрошенных организаций за прошлый год, 33% опрошенных меньше чем один раз в год и 19% опрошенных сказали, что отдел лицензирования МЗ ни разу их не проверял. Картина по департаменту лекарственного обеспечения еще более удручающая, но следует иметь ввиду, что в исследование не входили аптеки и другие фармацевтические организации, а только лечебные, что в компетенцию ДЛОиМТ входит крайне редко. Так почему же ОЛ МЗ не проверяет частные медицинские организации достаточно регулярно, положенные 1 раз в год? В частности, согласно Положению «О лицензировании», лицензиар (ОЛ ГУОМПил) имеет право проводить проверки лицензиатов. Однако, со слов сотрудника отдела лицензирования, ежегодно в среднем выдается около 70 новых лицензий, а в течение 2007 года действовало 286 лицензий, выданных юридическим лицам. Дело в том, что в отделе работают только два (!) сотрудника, на всю страну. Они просто физически не способны охватить проверкой качества все частные лечебные учреждения страны при том, что их основной функцией является рассмотрение документов и выдача лицензий. Следствием слабого контроля за деятельностью частных медицинских провайдеров являются случаи несоблюдения элементарных лицензионных требований в осуществлении своей работы, или случаи, когда медицинские услуги оказываются частным образом без соответствующих разрешительных документов. Отсутствие соответствующей регулярной проверки уполномоченными органами приводит к тому, что такие организации практически чувствуют свою безнаказанность.

**Рисунок 16. «Как часто ваша организация подвергалась проверкам со стороны государственных органов?»**

Проверки	Больше чем 1 раз в год	1 раз в год	Менее 1 раза в год	Никогда
Налоговая служба	41%	48%	4%	8%
СЭС	46%	50%	0%	4%
Минздрав	0%	48%	33%	19%
Деп-т лек. обесп-ния	8%	15%	23%	54%

*«Бывает, что организация при получении лицензии предоставляет все необходимое оборудование. Но, потом оказывается, что они это оборудование просто «заняли», чтобы пройти лицензирование, а потом работают без него».*

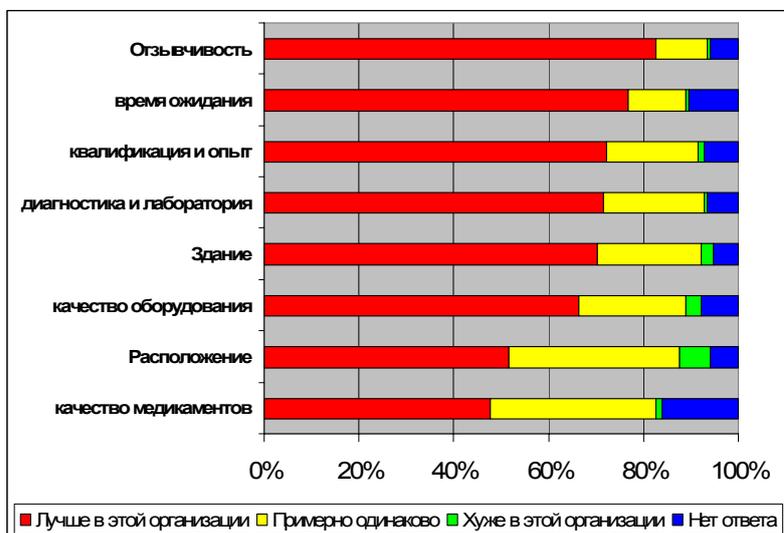
При беседе с руководителями частных лечебных учреждений выяснилось, что проверкой качества лечения, соответствия назначенного лечения клиническим протоколам занимаются только сами руководители этих учреждений. Ни один государственный орган не занимается этим на рутинной основе. Как выразился один менеджер частной клиники: «Больные и пациенты – вот наш главный контролер качества!». Но мы то с вами знаем, что сектор здравоохранения тем и отличается от скажем сектора торговли или сектора предоставления бытовых услуг, что обычные законы рынка здесь не работают, или работают но не в той мере. На самом деле пациенты могут судить о качестве услуг в лечебном учреждении только по внешним проявлениям услуги, таким как сервис, внимание и уважение со стороны врачей, конфиденциальность диагноза, наличие в курсе лечения инъекций, капельниц с применением сильных антибиотиков, очень полного лабораторного обследования с применением дорогостоящих видов диагностики и т.д. Пациент не обладает теми знаниями, которыми обладает врач и здесь создается неравенство между участниками рынка – продавцом и покупателем. Продавец может продать покупателю очень много ненужных услуг под видом их необходимости и важности, но покупатель при этом будет очень доволен, и посоветует своему знакомому обратиться именно в эту клинику. Я не хочу сказать, что все или даже большинство частных клиник работают по этой схеме, более того, я уверен что большинство врачей занимающихся частной практикой очень честные в этом отношении люди, воспитанные и обученные еще в советское время не по законам рынка а по законам Гиппократов. Но в то же время, такая ситуация с контролем качества дает все возможности для полипрагмазии (назначение медикаментов, в которых нет необходимости), необоснованных госпитализаций, лабораторных и диагностических обследований. Как мы знаем в государственных лечебных организациях за этим следят эксперты ФОМС, внутренние системы непрерывного повышения качества да и сами врачи обучены принципам доказательной медицины, и тем не менее, даже в таких условиях контроля за лечением, не редки случаи необоснованных по тяжести вмешательств. Как известно, многие оперативные вмешательства (например в гинекологии) делаются лишь с одной целью – получение более высоких неформальных платежей с пациента. Во многих же частных медицинских организациях нам говорили, что неплохо было бы обеспечивать и их новыми клиническими протоколами, схемами лечения, приказами МЗ и Санитарными Правилами и Нормативами (СанПиН), которые утверждаются правительством но до них к сожалению не доходят.

В связи с этим, необходимо отметить как более менее сильные стороны контроля качества медицинских услуг в частном секторе здравоохранения, такие как контроль санитарно-эпидемиологического режима в учреждениях, наличие государственного регулирования и требований для открытия частной медицинской практики, так и слабые стороны контроля качества – отсутствие рутинной системы контроля качества диагностики и лечения, слабый потенциал отдела лицензирования Министерства здравоохранения, что подразумевает собой как недостаток человеческих ресурсов так и недостаток финансовых и технических ресурсов, слабое развитие профессиональных ассоциаций, таких как ассоциация хирургов или ассоциация неврологов, которые также могли бы взять на себя функцию контроля качества лечения. Кстати, во многих развитых странах именно профессиональные ассоциации осуществляют контроль качества и аккредитацию лечебных учреждений.

*«Женщина пожаловалась на нас в МЗ, нас закрыли на три месяца хотя ситуация спорная. Нас некому защитить, МЗ встает на сторону пациентов и нет разбирательства независимого»*

#### 4.7.2. Перспективы качества помощи в государственном и частном секторах с точки зрения поставщика и пациента

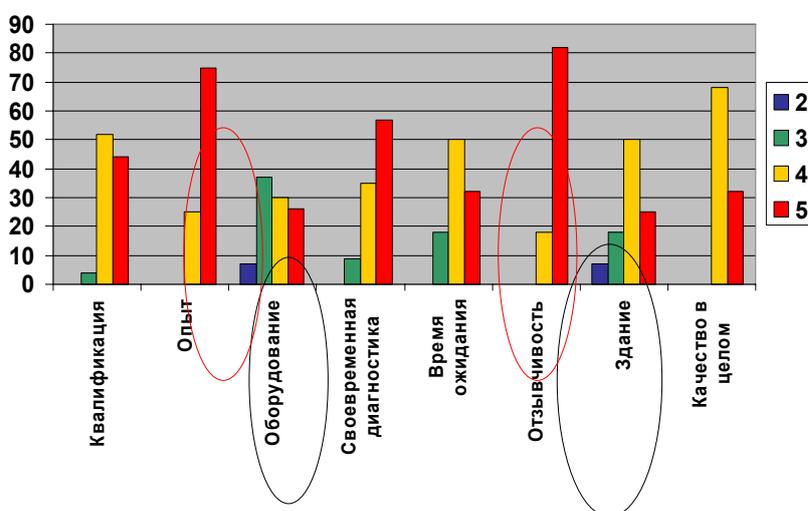
Рисунок 17. Взгляд пациента частных клиник: сравнение качества с государственными лечебными учреждениями.



Где же качество лучше, в государственном или частном секторе здравоохранения? Мы задавали этот вопрос пациентам, выходящим из частной клиники и просили отметить один или несколько из предлагаемых вариантов ответов (Рис.17). Конечно, некоторые ответы (параметры качества) очень трудно объективно оценить даже специалистам, также респонденты были клиентами частных клиник, что также добавляло субъективности в их ответах, но все же ранжирование или

градацию по приоритетам нам удалось сделать. **Основное преимущество** в качестве услуг частных поставщиков с точки зрения пациентов – это их **отзывчивое отношение** к пациентам. В частном секторе очень четко и ясно поняли одну из целей системы здравоохранения – система должны быть отзывчива к пациенту. Это именно то, что стоит очень дешево, но оценивается очень дорого, и в условиях рынка этот постулат всплывает наиболее отчетливо. Пациенты признавались, что отношение к ним в государственных больницах и ГСВ осталось таким же, как и было. т.е. все еще приходится долго ждать в очередях, врачи не уделяют им достаточного внимания, место ожидания и лечения не комфортны.

Рисунок 18. Взгляд руководства частных клиник: сравнение качества с государственными лечебными учреждениями.



Также, в ходе исследования, мы просили руководителей частных медицинских учреждений оценить качество услуг клиники по 5-ти бальной шкале (Рис.18), по нескольким категориям, таким как квалификация медпер-сонала, опыт медпер-сонала, качество медицинского оборудования, своевременная диагностика и лабораторные услуги, время ожидания приема, отзывчивость к пациентам включая вежливость, уважение и

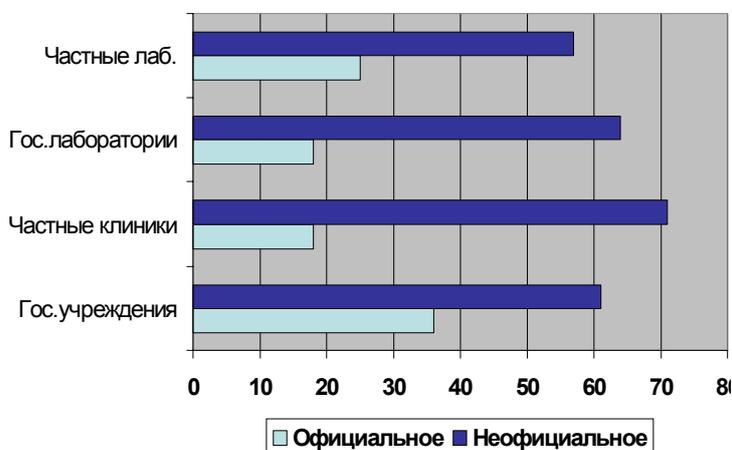
информирование, а также здание, включая ремонт, чистоту и качество услуг в целом. Самооценка это всегда субъективно и в то же время психологически не легко, многие респонденты поначалу отказывались оценивать самих себя, но после убеждений о важности этих ответов все же соглашались. Следует отметить, что низшие баллы как 1 и 2 были крайне редки но все же были. Двойку себе поставили за качество старого оборудования и за качество здания, тоже постройки 50-х годов около 7% опрошенных. Тройку решились поставить себе за оборудование 37% опрошенных и 18% за здание где они располагаются. Этот факт опять напоминает нам о том, что слабая сторона частного сектора здравоохранения в его слабом материально-техническом оснащении. Очень редко какая компания может похвастаться современным медицинским оборудованием и собственным отремонтированным зданием. Такие компании имеют крупных инвесторов или добились каких-то льготных кредитов, что наблюдается крайне редко.

Своими **сильными сторонами** руководители частных клиник считают **отзывчивость** к пациентам – 82% оценили как «отлично» и 18% как «хорошо» и **опыт персонала** – 75% как «отлично» и 25% оценили как «хорошо». Это те категории, где ни один из опрошенных не оценил свою компанию на «тройку». Следующими своими сильными сторонами частные клиники считают квалификацию персонала и своевременную диагностику, что подразумевает собой оперативную и слаженную работу с лабораторными и диагностическими службами и больным не приходится ждать несколько дней результатов анализов.

#### 4.8. Сотрудничество с другими организациями носит неформальный характер

В ходе исследования мы затрагивали вопросы сотрудничества частных медицинских организаций с государственными лечебными учреждениями, с другими частными поставщиками медицинских услуг а также в какой форме проявляется это сотрудничество, если оно есть. Официальное сотрудничество с заключением договоров или контрактов наблюдается в основном с не лечебными государственными и частными учреждениями, такие как центры госсанэпиднадзора, частные лаборатории, фармацевтические фирмы, неправительственные организации работающие в социальной сфере. С другими частными лечебными учреждениями сотрудничество тоже более неформальное, и в основном оно заключается а перенаправлении пациентов друг к другу.

Рисунок 19. Формы сотрудничества между частными клиниками и другими организациями.



С государственными лечебными учреждениями наблюдается в основном неформальное сотрудничество и только на уровне врачей и личных знакомств. Они отправляют пациентов на консультации друг к другу, часто специалисты совмещают работу и в частном и в государственном секторе. Но на уровне администрации государственных лечебных организаций наблюдается полное неприятие и отсутствие не только сотрудничества но и элементарного взаимопонимания. Вот несколько цитат, которые на наш взгляд отражают суть происходящего:

*«государственные лечебные учреждения ставили палки в колеса. Не дают провести медосмотр: у нас проходят медосмотр по форме №086 при поступлении в ВУЗ, но у нас нет флюорографии, а в городской больнице не делают им рентген, говорят им: «раз ты у них прошел остальное, пусть они тебе и флюоро ставят»*

*«Я хочу открыть станцию скорой помощи, но для этого необходим договор с государственной больницей, а они не хотят заключать со мной договор, хотя они только с 2-х часов дня вызовы обслуживают – у них машин не хватает»*

*«Мы отправили во ВТЭК с заключением ХПН, но они не приняли и отправили больного в государственную больницу»*

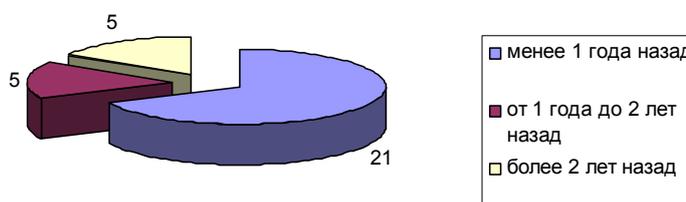
Все это говорит о том, что сотрудничество государственного и частного сектора здравоохранения находится в плачевном положении и мы можем говорить о его полном отсутствии. Врачи из госсектора часто недооценивают квалификацию и опыт работы частников. Необходимо развивать государственно-частное партнерство на принципиально новом уровне, где каждый участник процесса будет делать свое дело на основе партнерства, взаимоуважения и доверия.

#### 4.9. Вопросы человеческих ресурсов

Рисунок 20.

В ходе подготовки дизайна исследования мы решили изучить также некоторые вопросы человеческих ресурсов в частном секторе здравоохранения. Но ввиду того, что это вопрос очень комплексный и требует отдельного глубокого анализа, мы выбрали лишь некоторые его аспекты. Вопросы касались повышений квалификации, как давно это было и кто оплачивал обучение, сколько

Время последнего обучения сотрудников частных медучреждений



процентов врачей совмещают работу в государственном и частном секторе и каким образом начисляется заработная плата. В результате, на вопрос «Когда последний раз кто-то из ваших сотрудников проходил повышение квалификации?» (Рис.20) руководители двадцати одной организации ответили что менее чем 12 месяцев назад. В 5 организациях сотрудники проходили повышение квалификации год назад, и в 5-ти более 24 месяцев назад, т.е. более чем 2 года назад. Из 31 организации в 17-ти обучают своих сотрудников за счет организации, из них в 13-ти посылают на учебу в местные медицинские организации и институты, и в 4-х отправляют на обучение в

страны СНГ и ни одна обследованная частная медицинская организация к сожалению не отправляет своих сотрудников в дальнее зарубежье. Но даже имеющаяся картина говорит нам о том, что частные медучреждения довольно большое внимание уделяют повышению квалификации своих сотрудников. Тот факт, что сотрудники обучаются за счет организации, чего в государственных лечебных учреждениях встретишь крайне редко, наглядно показывает нам отношение руководства частных клиник к уровню подготовленности своих сотрудников. Как сказал один из руководителей:

*«Хорошие врачи из госучреждения к нам не придут, они открывают свои частные клиники. Мы выбирали из выпускников КГМА и ОмМИ и постепенно вырастили их сами. Хотя если честно, до сих пор не понятны правила по специализации сотрудников. Вот сейчас вводят какие-то обязательные для сотрудников частных медучреждений экзамены в Минздраве. Разве недостаточно тех экзаменов которые врачи сдают после окончания медицинской академии и прохождения ординатуры, т.е. когда они получают право заниматься врачебной деятельностью?»*

И действительно, почему же государственные врачи не сдают экзамены в Минздраве а частные врачи обязаны это делать перед получением лицензии и далее каждые три года? Ведь дипломы об окончании Кыргызской Государственной Медицинской Академии у них абсолютно идентичные.

## 5. Обобщение результатов

- Количество частных поставщиков медицинских услуг в Кыргызской Республике неуклонно растет и составляет около 1860 субъектов предпринимательской деятельности на 2007 год, из них занимающихся врачебной деятельностью около 1000 субъектов.
- Из традиционных лечебных услуг, резко выделяется гинекология, которая занимает первое место и составляет 105 субъектов по данным ОЛ МЗ за 2007 год и терапия – 89, что почти в два раза больше следующей группы услуг – неврология 59 дерматовенерология 41.
- Отчет о деятельности сдают около 30-40% частных медицинских учреждений, а следовательно официальная картина о пролеченных случаях в частном секторе далека от действительности. У частных медицинских организаций нет как достаточных стимулов так и достаточной меры ответственности для отражения полной картины о пролеченных случаях.
- Нормативно-правовая база КР достаточно благоприятна для открытия частного бизнеса в секторе здравоохранения. Основной барьер для развития частного сектора - высокие расходы для старта и продолжения бизнеса – недоступность кредитов и инвестиций, оборудования в лизинг.
- Наблюдается недостаточная защита прав собственности и интересов частных медицинских организаций. Существующая ассоциация негосударственных медицинских организаций представляет интересы своих членов (около 5% всех частников), но остальная часть борется за свои права в одиночку.
- Наблюдается слабый мониторинг качества услуг. Кадровый и материально-технический потенциал отдела лицензирования МЗ недостаточен для проведения полноценного и комплексного контроля качества лечения, соблюдения клинических протоколов. Тот факт, что частные медицинские организации приравнены к другим предпринимателям дает право контролирующим органам проводить проверки только 1 раз в год и на основании письменных жалоб – чаще, но по согласованию с Министерством экономического развития. Это не дает возможности в полной мере следить за санитарно-эпидемиологической ситуацией в сфере частных медицинских услуг, судить о качестве лечения.

- Сильной стороной услуг частного сектора здравоохранения, по мнению самих врачей, является отзывчивость врачей к пациентам и опыт их работы. Самой слабой стороной, опять же мнению частников, является качество медицинского оборудования и зданий.
- Частный сектор одновременно дополняет государственные услуги и в то же время конкурирует с ним. Дополняет оказывая вспомогательные услуги, обслуживая внутренних мигрантов и граждан, работающих на рынках и конкурирует с государственным сектором по ряду направлений деятельности (гинекология, неврология, терапия, дерматовенерология)
- Сотрудничество частного и государственного сектора носит больше неформальный характер. На уровне администрации государственных лечебных учреждений отсутствует какая-либо совместная работа с частным сектором, а иногда государственные лечебные учреждения откровенно мешают работе частных медицинских организаций.
- Существующие квалификационные требования со стороны МЗ к врачам частного сектора выше чем к врачам государственного сектора. Врачи частники обязаны сдавать квалификационные экзамены перед получением лицензии и далее каждые три года в МЗ КР, в то время как государственные врачи нет. В то же время частные медицинские учреждения часто обучают своих сотрудников за счет организации (в 17 из 31 опрошенных), в то время как в государственных лечебных учреждениях врачи если и решают пройти обучение то чаще платят за свое переобучение сами.

## 6. Рекомендации для развития частного сектора здравоохранения в КР

- Министерству здравоохранения КР рекомендуем в рабочую группу по разработке Концепции развития частного сектора здравоохранения на ближайшие годы, включить как представителей Минздрава, так и представителей Минэкономразвития, Минфина, и других членов правительства, а также обязательно представителей частного сектора здравоохранения. Одним из концептуальных вопросов, на которые следует обратить внимание членам рабочей группы, это какую **цель** преследует государство, пытаясь развивать частный сектор здравоохранения. Чего в итоге мы хотим добиться? Улучшить ли доступность к медицинской помощи там, где государственная лечебная сеть не имеется? Или мы хотим создать здоровую конкуренцию между государственными и частными лечебными учреждениями для улучшения качества предоставляемых услуг? Или путем развития частного сектора мы хотим остановить все усиливающуюся миграцию врачебных кадров из регионов? А может мы хотим разгрузить государственный бюджет за счет того что обеспеченные пациенты будут лечиться в частных больницах, а следовательно для остальных менее богатых пациентов останется больше финансовых средств в бюджетных клиниках? Но как же в итоге все это может отразиться на пациенте? Сохраним ли мы его финансовую защищенность, если государственные клиники вдруг потеряют вслед за пациентами и бюджетные деньги? Есть много примеров, когда государство преследуя одни цели, забывали о возможных последствиях.
- Рабочей группе рекомендуем обратить особое внимание вопросам государственной поддержки частного сектора в виде доступности к капиталу. Это обеспечение доступности к льготным кредитам, медицинское оборудование в лизинг, установление тесных связей между инвесторами и частными медицинскими организациями.

- Государству в лице Минздрава рекомендуем защищать интересы всей системы здравоохранения, куда входят не только пациенты и население (хотя они и являются целевой группой), но и врачи, в том числе частнопрактикующие. Необходимо строго соблюдать условия договоров, защищать права собственности предпринимателей.
- Министерству здравоохранения совместно с медицинской общественностью необходимо дать толчок развитию независимых профессиональных ассоциаций медицинских работников, с дальнейшей передачей им функции контроля качества за услугами здравоохранения, как в государственном так и в частном секторе. Все спорные моменты касающиеся правильности лечения, адекватности тех или иных вмешательств, возникающие между врачами и пациентами, врачами и проверяющими органами могут решать профессиональные ассоциации, которые и будут выдавать экспертное заключение.
- Необходимо разработать механизмы для создания стимулов у частных медицинских организаций сдавать объективные отчеты о деятельности в медико-информационные центры. Саму форму №22 следует пересмотреть с учетом того, какие выходные данные действительно нужны МЗ для дальнейшего планирования работы и принятия действительно политических решений, и никоим образом не для наказания тех или иных частных предпринимателей.

Нужно создать все необходимые условия для развития частного сектора и ни в коем случае не замещать государственный сектор здравоохранения частным. Чтобы не возникло ситуации, когда искусственно «развитый» частный сектор здравоохранения станет служить бизнесменам, врачам и в последнюю очередь пациентам. Примером тому может служить приватизация государственных лечебных учреждений Грузии или столицы Армении Еревана, что привело к тому, что хозяевами государственных больниц стали главврачи, а финансовая защищенность пациентов и доступность медицинских услуг теперь стала гораздо ниже.

Отдельный вопрос стоит о государственно-частном партнерстве. В нашей стране такой вид сотрудничества еще мало развит, но потенциал у такого сотрудничества имеется. Необходимо тщательно изучить опыт других стран, чтобы не повторять чужих ошибок с одной стороны и не «изобретать велосипед» с другой. Хотелось бы пожелать, чтобы частный сектор занял именно те ниши, где он может работать устойчиво и во благо всего населения в целом.

## 7. Приложения

### 7.1. Описание базы данных Республиканского медико-информационного центра при МЗ КР

Информация по Базе данных РМИЦ по частным поставщикам медицинских услуг собирается на основе государственной статистической отчетности в соответствии с Законом «О государственной статистике», согласно Форме №22 утвержденной постановлением Нацстаткомитета Кыргызской Республики от 27.07.2002г. №17.

Отчет о деятельности учреждений и лиц, занимающихся частной медицинской практикой обязаны предоставлять все учреждения, оказывающие медицинские услуги, частнопрактикующие врачи – областному медико-информационному центру – 5 января; областные медико-информационные центры сводный отчет в разрезе районов – статистическому органу по месту нахождения и Минздраву в сроки, установленные последним; Минздрав сводные отчеты по юридическим и физическим лицам в разрезе областей – 7 марта Национальному статистическому комитету Кыргызской Республики.

Нарушение порядка и сроков предоставления информации или ее искажение влечет ответственность, установленную Кодексом Кыргызской Республики «Об административной ответственности» от 4 августа 1998 года №114.

Форма №22 содержит в себе следующие вопросы:

- наименование предприятия/организации;
- территория;
- адрес;
- фактический вид экономической деятельности;
- ФИО и № телефона исполнителя;
- ФИО руководителя;
- число частных организаций по организационно-правовой форме;
- свод числа кабинетов или отделений в частных организациях;
- медицинские кадры и деятельность поликлиники (отделения);
- заболеваемость взрослых, подростков и детей, в том числе с установленным впервые диагнозом;
- деятельность стационара;
- хирургическая работа;
- работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов).

В данной базе содержится информация за 2003-2006 гг. Субъекты, находящиеся в ней это более сознательные, законопослушные физические и юридические лица, которые заполнили и сдали форму №22. В отделе лицензирования МЗ КР субъектов получающих лицензию на введение частной медицинской практики предупреждают, что они должны предоставлять сведения о себе в РМИЦ согласно прописанным срокам.

По предположению сотрудников РМИЦ, в данной базе нет от 30% до 50% информации. Причиной не полной сдачи отчетов по данной форме частными поставщиками медицинских услуг, сотрудники РМИЦ видят в том, что нет рычагов регулирования процесса отчетности.

### 7.2. Описание базы данных отдела лицензирования МЗ КР.

Данная баз основывается на списках субъектов получивших лицензию в отделе лицензирования МЗ КР.

Данный список содержит в себе информацию в следующей разбивке:

- по областям/городу Бишкек;
- по юридическим и физическим лицам;

- наименование учреждения;
- Ф.И.О. руководителя учреждения;
- вид деятельности;
- телефон.

Данная информация имеется только за 2007 год.

Субъекты, находящиеся в данной базе – это юридические и физические лица с действующей лицензией на 2007 год.

### **7.3. Описание базы данных от Министерства юстиции Кыргызской Республики.**

Полученная нами база данных от Министерства юстиции Кыргызской Республики состоит из списка: 1) зарегистрировавшихся; 2) находящихся на стадии ликвидации; 3) ликвидированных юридических лиц, с основной деятельностью, связанной со здравоохранением.

До 1997 года, юридические лица, которые проходили, процесс регистрации для получения лицензии регистрировались Национальном статистическом комитете Кыргызской Республики.

Данный список субъектов содержит в себе следующую разбивку:

- по областям;
- название организации;
- регистрационный номер;
- код ОКПО;
- адрес;
- ФИО руководителя;
- зарегистрированные;
- ликвидированные;
- находящиеся в процессе ликвидации (включая юридические лица с участием иностранного капитала);
- по виду деятельности (Оптовая торговля фармацевтическими товарами; розничная торговля фармацевтическими товарами; производство медицинских инструментов, аппаратов и оборудования; прочая деятельность по охране здоровья; врачебная практика; розничная торговля медицинскими и ортопедическими товарами; стоматологическая практика; деятельность санаторно-курортных учреждений; деятельность больниц широкого профиля и специализированных больниц; деятельность других лечебных учреждений, имеющих стационары; деятельность родильных домов; производство хирургических и ортопедических приспособлений).

Данную базу данных нельзя назвать полной, причина не полного охвата отчетности заключается в том, что:

1. регистрация идет по названию основной деятельности, указанной в регистрационном документе (медицинская деятельность, указанная в уставе), если медицинская деятельность не указана как основной вид деятельности, а записана как не основная, то этот субъект не попадает в данную базу данных.
2. состояние базы данных не позволяет собрать полные данные, нет информации по трем областям республики (Ошская, Жалалабатская и Чуйская)

### **7.4. Описание базы данных от Национального статистического комитета КР.**

База данных Национального статистического комитета КР собирается и регулируется на основе:

- Положения "О порядке государственной регистрации физических лиц, занимающихся индивидуальной предпринимательской деятельностью на

территории Кыргызской Республики", утвержденному постановлением Правительства КР от 2 июля 1998 г. №404;

- Закона КР «О государственной регистрации юридических лиц» от 12.07.1996 г. №39;
- Закона КР «О государственной статистики». От 26.03.2007 г. № 40;
- Кодексом Кыргызской Республики «Об административной ответственности».

Сбор информации по частным поставщикам медицинских услуг осуществляется как вертикально (иерархично), когда регистрируется районный, областной и национальный уровень в органах статистики, так и горизонтально (органов юстиции, таможня, ведомственные структуры, регулирующие деятельность предпринимателей, Социальный фонд и все министерства).

Данная база данных содержит в себе информацию за 1998-2007 гг. по физическим и юридическим лицам, которые находятся на стадии:

- 1) регистрации,
- 2) находятся на стадии ликвидации и
- 3) ликвидированные;

обязуются сдавать о себе сведения каждый

- 1) месяц,
- 2) в квартал и
- 3) один раз в год соответствующим органам.

В этих данных содержится информация в следующей разбивке:

- по годам;

- по виду деятельности

Оптовая торговля фармацевтическими товарами; производство медицинских инструментов, аппаратов и оборудования; прочая деятельность по охране здоровья; врачебная практика; розничная торговля медицинскими и ортопедическими товарами; розничная торговля фармацевтическими товарами; оптовая торговля фармацевтическими товарами; стоматологическая практика; деятельность санаторно-курортных учреждений; деятельность больниц широкого профиля и специализированных больниц; деятельность других лечебных учреждений, имеющих стационары; деятельность родильных домов; производство хирургических и ортопедических приспособлений);

- по регионам;

- по форме собственности;

- по признакам активности: 1) действующие- субъекты, которые имеют действующую лицензию и функционируют; 2) спящие- субъекты, которые временно приостановили свою деятельность на менее года (не сезон) 3) не действующие- субъекты, которые не функционируют более 1года с действующей лицензией, 4) нет признака- субъекты, которые были зарегистрированы, но не подающие признаки активности, 5) вновь созданные- субъекты, которые прошли регистрацию, для дальнейшего получения лицензии от отдела лицензирования МЗ КР, 6) ликвидированные;

- по наемному труду и само занятости.

Данную базу данных условно можно назвать полной. Причина не полного охвата отчетности в том, что Национальный статистический комитет КР, ведет учет о частых поставщиках медицинских услуг по названию основного вида деятельности, а также получает информацию о юридических лицах от Министерства юстиции КР, которые тоже ведут регистрацию по названию основной деятельности.

Данная база имеет свои особенности:

- С изменением форм собственности, данная база данных была приведена в единый классификатор (См.: Гражданский Кодекс Кыргызской Республики от 8 мая 1996 год №15.)
- До конца 2002 года сбор информации осуществлялся кумулятивно, лишь с 2003 года НСК ввел новый критерий сбора данных с дополнительной классификацией (не действующие и вновь созданные).

Что мы хотели выявить, получив эту базу данных?

- Количество субъектов не получивших лицензию;
- Количество лиц находящихся на стадии ликвидации и ликвидированных;
- Динамику спящих и недействующих субъектов;

Как мы видим, наиболее полная база данных собирается в НСК КР и РМИЦ МЗ КР. Остальные два источника информации на данный момент не представляют возможности для анализа в динамике.

Согласно первичному обзору четырех источников статистических данных, информация по количеству частных поставщиков медицинских услуг от Национального статистического комитета Кыргызской Республики оказалось сравнительно полной.

#### **Особенности таблицы.**

По признакам активности: 1) действующие- субъекты, которые имеют действующую лицензию и функционируют; 2) спящие- субъекты, которые временно приостановили свою деятельность на менее года (не сезон) 3) не действующие- субъекты, которые не функционируют более 1года с действующей лицензией, 4) нет признака- субъекты, которые были зарегистрированы, но не подающие признаки активности, 5) вновь созданные- субъекты, которые прошли регистрацию, для дальнейшего получения лицензии от отдела лицензирования МЗ КР.

**Таблица №1** Количество частных субъектов оказывающих медицинские услуги.

<b>Динамика по годам</b>		<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Зарегистрированные</b>	<i>Действующие</i>	320	485	775	1101	1410	451	1154	1023	1259	1590
	<i>Спящие</i>	50	62	109	123	137	45	97	156	228	219
	<i>Не действующие</i>	0	0	0	0	0	89	238	410	365	382
	<i>Вновь созданные</i>	0	0	0	0	0	316	377	160	257	270
	<i>Нет признака</i>	261	457	398	409	443	1480	892	1343	1289	1231
<b>Всего зарегистрировано</b>		<b>631</b>	<b>1004</b>	<b>1282</b>	<b>1633</b>	<b>1990</b>	<b>2381</b>	<b>2758</b>	<b>3092</b>	<b>3398</b>	<b>3692</b>
<b>В стадии ликвидации</b>		<b>14</b>	<b>15</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>25</b>
<b>Ликвидированные</b>		<b>47</b>	<b>70</b>	<b>123</b>	<b>168</b>	<b>204</b>	<b>246</b>	<b>324</b>	<b>388</b>	<b>440</b>	<b>507</b>