

# АНАЛИТИКА & ИССЛЕДОВАНИЯ

Обзор текущей ситуации  
в секторе здравоохранения и оценка  
эффективности деятельности первичного  
уровня здравоохранения



Полноправные люди.  
Устойчивые страны.

Бишкек – 2014 г.

Данное исследование проведено при финансовой и технической поддержке Проекта ПРООН-USAID «Содействие прозрачности государственного бюджета»

# АНАЛИТИКА & ИССЛЕДОВАНИЯ

Обзор текущей ситуации  
в секторе здравоохранения и оценка  
эффективности деятельности первичного  
уровня здравоохранения



Полноправные люди.  
Устойчивые страны.

Бишкек – 2014 г.

## **Обзор текущей ситуации в секторе здравоохранения и оценка эффективности деятельности первичного уровня здравоохранения**

Данный обзор подготовлен и опубликован по запросу Счетной палаты Кыргызской Республики при поддержке Проекта ПРООН-USAID «Содействие прозрачности государственного бюджета». Исследование было проведено Общественным фондом «Центр анализа политики здравоохранения».

Данный обзор рассматривает ситуацию, сложившуюся в секторе здравоохранения Кыргызской Республики в результате проводимых реформ, в том числе на уровне первичной медико-санитарной помощи. Охрана здоровья населения является одной из важнейших функций государства. В Кыргызстане реализация этой функции проводится путем реализации Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью, где определены объемы, виды и условия предоставления медицинской помощи. В настоящем отчете была предпринята попытка по оценке эффективности использования ресурсов, выделяемых государством на оказание медицинской помощи населению. Другим важным элементом данного обзора является оценка доступности медицинских услуг для населения, и в первую очередь на амбулаторном уровне.

В целом, данный анализ показал, что в системе здравоохранения по-прежнему существует множество проблем, которые оказывают существенное влияние на эффективность использования имеющихся ресурсов. Имеют место различные барьеры, негативно сказывающиеся на доступности услуг здравоохранения населению, включая неформальные платежи, которые ограничивают возможности пациентов при обращении в лечебные учреждения. Исходя из сложившейся ситуации, становится актуальным проведение регулярного мониторинга рациональности использования финансовых ресурсов в секторе здравоохранения, в который должны быть вовлечены все заинтересованные стороны, такие как Счетная палата, Жогорку Кенеш, Правительство и гражданское сообщество.

Мнения, выраженные в этой публикации, не обязательно отражают точку зрения ООН, USAID, ПРООН, ее программ/проектов или правительств. Употребляемые обозначения не означают выражения какого-либо мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории или района, или их границ.

# СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	6
ВВЕДЕНИЕ .....	8
I. Информация об исследовании .....	8
II. Методология исследования .....	9
1. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	12
1.1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ...	14
1.2. ТЕНДЕНЦИИ В ФИНАНСИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	31
1.3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ .....	41
1.3.1. Общая информация о реализации Программы государственных гарантий .....	41
1.3.2. Распределение расходов на реализацию Программы государственных гарантий по уровням оказания медицинской помощи .....	45
2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЗОРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП.....	52
3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ.....	58
ВЫВОДЫ .....	75
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	81

## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГСВ	Группа семейных врачей
ДП ОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования
ИОДХ	Интегрированное обследование домохозяйств
КР	Кыргызская Республика
КТУ	Коэффициент трудового участия
ЛЖВ	Лица, живущие с ВИЧ
ЛС	Лекарственные средства
МЛУ-ТБ	Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью
НВиКД	Наличные выплаты из кармана домохозяйств
НСК	Национальный статистический комитет
ОЗ	Организация здравоохранения
ПЖЛВС	Перечень жизненноважных лекарственных средств
ПГГ	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПРООН	Программа развития Организации Объединённых Наций
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
СНГ	Содружество Независимых Государств
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТУ ФОМС	Территориальное управление Фонда обязательного медицинского страхования
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ХОЗЛ	Хроническое обструктивное заболевание легких
ЦОВП	Центр общей врачебной практики

ЦСМ Центр семейной медицины

ЦРТ Цели развития тысячелетия

ЭКГ Электрокардиограмма

SWAp Широкосекторальный подход

UNAIDS Объединённая программа Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИД

# **ВВЕДЕНИЕ**

## **I. Информация об исследовании**

Система здравоохранения – это совокупность всех государственных и частных организаций, учреждений, структур и ресурсов, предназначение которых – улучшать и сохранять или восстанавливать здоровье людей.

Основными задачами системы здравоохранения являются: обеспечение здоровья, равенство в вопросах здоровья, справедливое финансирование системы, защита людей от обнищания в результате болезни, отзывчивость на нужды. Для решения этих задач государством ежегодно с 2001 года принимается Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью (ПГГ).

ПГГ является государственным стандартом в области здравоохранения, определяющим объем, виды и условия предоставления медицинской помощи, населению и обеспечивает реализацию прав граждан на получение медицинских услуг в организациях здравоохранения, независимо от форм собственности, участвующих в данной программе. В системе здравоохранения Кыргызстана ПГГ играет ключевую роль в регулировании оказания медицинских услуг и условий доступа.

В рамках настоящего исследования была определена цель, заключающаяся в том, чтобы провести обзор сложившейся ситуации в секторе здравоохранения, оценить, насколько были решены те задачи, которые были поставлены перед сектором здравоохранения при разработке программ реформирования, и были ли преодолены имеющиеся в секторе здравоохранения проблемы и барьеры.

Одним из наиболее важных элементов данного исследования является оценка доступности медицинских услуг для населения республики, в особенности на уровне первичного звена здравоохранения. Однако, наряду с предоставлением медицинских услуг на уровне ПМСП, были также рассмотрены отдельные вопросы по доступности услуг и на стационарном уровне (в частности, наличие неформальных платежей и их влияние на финансовую защиту пациентов).

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) в системе здравоохранения предоставляется фельдшерами фельдшерско-акушерских пунктов, врачами ГСВ, семейными врачами, специалистами ЦСМ и ЦОВП и включает в себя мероприятия, направленные на профилактику, диагностику и лечение граждан республики. ПМСП является эффективным механизмом для предоставления доступной медицинской помощи. Она понимается как средство, путем которого уравниваются цели систем здравоохранения, так как решает наиболее распространенные проблемы в



сообществе путем предоставления профилактических, лечебных и восстановительных услуг для укрепления здоровья и благосостояния населения. В качестве уровня помощи в системе здравоохранения служба ПМСП является пунктом первого контакта, на котором решаются 90 процентов проблем со здоровьем. В качестве стратегии первичная помощь включает в себя понятие «доступной помощи», соответствующей нуждам населения, функционально интегрированной, основанной на сотрудничестве между секторами общества. Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа здравоохранения — профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой.

Данное исследование было проведено в рамках содействия ПРООН Счетной палате Кыргызской Республики в оценке эффективности бюджетных расходов в социальном секторе. Ранее аналогичное исследование было проведено при оценке высшего профессионально-технического образования, результаты которого были использованы вместе с результатами аудита соответствия. Для проведения исследования по эффективности бюджетных расходов и доступности первичного сектора здравоохранения Проектом ПРООН-USAID «Содействие прозрачности государственного бюджета» был привлечен Общественный фонд «Центр анализа политики здравоохранения».

## **II. Методология исследования**

Исходя из поставленной в рамках данного проекта цели исследования, были рассмотрены следующие основные вопросы:

- 1) Финансирование и оценка расходов организаций здравоохранения (включая организации здравоохранения на районном уровне).
- 2) Предоставление медицинских услуг населению в организациях здравоохранения на районном уровне.
- 3) Анализ текущей ситуации по внутриучрежденческому менеджменту в организациях здравоохранения.

Реализация данного исследования проводилась в несколько этапов:

### **Этап 1:**

- 1) Обзор статистических данных (МЗ, РМИЦ, ФОМС);
- 2) Обзор проведенных исследований по вышеперечисленным вопросам;
- 3) Обзор нормативных актов.

**Этап 2:** Был проведен опрос руководителей, заместителей по клинической практике, медицинского персонала, финансовых менеджеров и бухгалтеров организаций здравоохранения. Кроме того, проводилась работа с документацией и статистической отчетностью в обследуемых организациях здравоохранения.

Также на данном этапе был проведен опрос пациентов для оценки качества и доступности медицинских услуг, предоставляемых организациями здравоохранения на уровне ПМСП.

В рамках реализации данного этапа были разработаны и согласованы со Счетной палатой следующие инструменты исследования:

- Анкеты для опроса: полуструктурированное интервью с руководителями организаций здравоохранения, заместителями по клинической практике, медицинским персоналом, финансовыми менеджерами и бухгалтерами для определения их мнения об уровне финансирования ОЗ, качестве предоставления медицинских услуг и внутриучрежденческом менеджменте, идентификации существующих проблем.
- Анкеты для опроса: полуструктурированное интервью с пациентами для определения их мнения относительно качества предоставляемых медицинских услуг и их доступности.
- Формы для заполнения по отобранным данным для анализа расходов организаций здравоохранения и осуществления деятельности по предоставлению медицинских услуг населению.

Сбор данных осуществлялся в различных организациях здравоохранения районного уровня по отобранным районам в следующих областях:

- Чуйская область (Панфиловский и Кеминский районы);
- Иссык-Кульская область (Иссык-Кульский и Тонский районы);
- Ошская область (Кара-Суйский и Ноокатский районы).

В целях определения мнения пациентов относительно к доступности предоставляемых медицинских услуг на уровне ПМСП было опрошено 242 респондента в вышеперечисленных районах по следующим заболеваниям или состояниям:

- 1) Гипертоническая болезнь;
- 2) Диабет 2 типа;
- 3) Хроническое обструктивное заболевание легких;
- 4) Беременные женщины (третий триместр беременности);
- 5) Родители детей до 5 лет.

**Этап 3:** Подготовка аналитического отчета по результатам кабинетного исследования и полевых работ, полученных в ходе реализации предыдущих этапов исследования.

## 1. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Система здравоохранения Кыргызстана испытала резкий финансовый недостаток в период экономических перемен, последовавших за приобретением независимости в 1991 году. Фактический уровень ВВП и доходов государственного сектора сократился наполовину к середине 90-х годов, а затем постепенно перешел к процессу восстановления. Сложившаяся ситуация значительно ослабила способность государства выполнять финансовые обязательства в системе здравоохранения.

Унаследованная система характеризовалась избыточными мощностями, особенно на стационарном уровне. На это оказали влияние несколько факторов. Прежде всего, метод финансирования поставщиков медицинских услуг, обусловленный исходными нормативами (например, количество коек), поощрял расширение физических мощностей. На каждом государственном уровне была своя система предоставления услуг, интегрирующая аккумуляцию, закупку и функции предоставления услуг в составе единого. Функции по охвату населения дублировались на различных государственных уровнях, особенно в крупных городах каждой области и в Бишкеке. Такая вертикальная интеграция системы здравоохранения на различных правительственных уровнях наравне с перекрывающимся охватом населения по географическому признаку привела к дублированию функций по предоставлению услуг. К тому же, эти организационные и финансовые стимулы оказывали влияние на то, как готовились специалисты здравоохранения при советской системе. Клинические протоколы и нормативы поощряли и даже требовали выделения значимости специализированной стационарной помощи, а основная роль поставщиков первичного уровня заключалась в «направлении» пациентов к поставщикам специализированных услуг и в спецучреждения.

После обретения независимости система здравоохранения Кыргызской Республики столкнулась с двумя основными проблемами. Во-первых, наблюдался спад в общих государственных расходах, что также означало спад в государственных расходах на здравоохранение. Во-вторых, стоимость ключевых товаров и услуг, необходимых для обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, например, таких как медикаменты и электроэнергия, выросли. Таким образом, система здравоохранения была вынуждена функционировать с меньшим количеством денег при возросших ценах. Как и во всех странах с переходной экономикой результат этих комбинированных факторов содержал в себе нехватку медикаментов, накопление задолженности по государственным коммунальным услугам и рост «неформальных платежей» за медицинскую помощь.

Для решения лежащих в основе структурных проблем системы здравоохранения и проблем, созданных экономическим стрессом перехода к независимости, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики начало процесс внедрения реформ. Это комплексные реформы, варьировали от внесения изменений в клиническую практику до внесения изменений в организацию и финансирование системы. Необходимость проведения реформ стал ответом на вызовы, связанные с изменениями внешних и внутренних факторов. В середине 90-х годов Кыргызстан принял политическое решение сохранить государственную систему здравоохранения. Основными ориентирами были обозначены достижение справедливого доступа к услугам здравоохранения, предоставление государственных гарантий при получении медицинской помощи, приоритетное развитие ПМСП и семейной медицины. С 1996 года в Кыргызстане были разработаны три Национальные программы реформирования системы здравоохранения. Программа «Манас» реализовывалась в 1996–2005 годах, а программа «Манас таалими» – в 2006–2011 годах. В настоящее время на этапе реализации находится программа «Ден соолук», рассчитанная на 2012–2016 года.

Реализация программ реформирования предусматривала проведение комплексных структурных изменений в системе предоставления медицинской помощи, направленных на укрепление первичного звена здравоохранения, развитие семейной медицины и реструктуризацию медицинских учреждений. Особое внимание было уделено реформированию системы финансирования сектора здравоохранения, которое предусматривало разделение функций покупателя и поставщика и создание системы «Единого плательщика», с внедрением финансовых механизмов, основанных на конечном результате. Проводилась работа по совершенствованию системы предоставления медицинской помощи через внедрение новых руководств клинической практики, повышение качества предоставляемых услуг в рамках приоритетных программ (материнское и детское здоровье, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и ВИЧ/СПИД), а также укрепление общественного здравоохранения.

Каждому периоду реализации программ были свойственны свои, специфические особенности. Изменение внешних условий (политических, социально-экономических и др.) неизменно оказывало влияние как на содержание стратегических программ и выбор подходов, так и на ход реализации и достижение ранее поставленных целей. Каждая из Национальных программ отвечала требованиям времени, при этом важным было наличие поддержки и приверженности выбранному курсу на самом высоком политическом уровне и соблюдение преемственности в реализации реформ. Однако, несмотря на предпринятые меры, актуальность сохраняют такие проблемы, как недостаточная эффективность в расходовании имеющихся финансовых средств, сохранение высокого уровня неформальных платежей населения при получении медицинской помощи. Особую

озабоченность вызывает неоднозначная ситуация с показателями здоровья населения, преимущественно связанная со слабым менеджментом, проблемами в качестве оказываемой помощи и кадровом обеспечении. Несмотря на то что по отдельным индикаторам здоровья отмечается положительная динамика, однако в целом общий уровень заболеваемости населения растет (с 47,9 тыс. случаев в 2008 году до 54,3 тыс. случаев в 2012 году на 100 тыс. населения), в частности, за данный период было отмечено значительный рост показателя по болезням органов пищеварения (77,5%), органов кровообращения (22,8%), глаз и его придатков (31,7%), психических расстройств (13,2%) и т.д.

В целом, проведение реформ в системе здравоохранения Кыргызской Республики было вызвано насущной необходимостью и позволило сохранить государственную систему здравоохранения. Выбранные стратегические направления реформ соответствуют лучшим практикам. В течение реализации программ реформирования был достигнут определенный прогресс по ряду стратегических направлений, но не все достижения удалось в должной мере поддержать и обеспечить дальнейшее их развитие в силу сложности и неоднозначности внешних и внутренних обстоятельств. Кроме того, появились новые вызовы, которые система здравоохранения должна решать на основе усиления межсекторального сотрудничества.

## **1.1. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В начале XXI века Комиссия по макроэкономике и здоровью, созданная ВОЗ, подчеркнула экономическую важность вложений в здоровье. Здоровье рассматривается не как просто побочный продукт экономического развития, а как один из важных детерминантов экономического развития и снижения бедности.

Сектор здравоохранения относится к сложной, многофункциональной и многоуровневой системе, что требует проведения оценки на различных уровнях: системы в целом (макро), – квалификация медицинских кадров, их мотивация, достаточное число и структура, взаимодействия с пациентами, оценка мер по реформированию, реформы должны оцениваться в отношении их влияния на цели сектора здравоохранения: эффективность, справедливость, устойчивость, более широкие меры, направленные на поддержание здоровья, например: здоровый образ жизни, охрана окружающей среды, водоснабжение и т.д.

Традиционно ВОЗ оценивает вклад медицинской помощи в поддержание здоровья населения в 20%, отдавая решающую роль образу и условиям жизни, экологии, питанию и т.д. Однако как бы не рассматривалась система

здравоохранения более узко или более широко, оказание медицинской помощи пока является ее основой.

В связи с этим Счетная палата Кыргызской Республики на первом этапе, на основании данных НСК, публикации международных организаций, данных аудита Счетной палаты и при поддержке ПРООН провела оценку системы здравоохранения, связанную с основными целями сектора, которые были обозначены ВОЗ, (п.2), – справедливость в доступе к медицинским услугам, закрепленным программами:

1. Национальная стратегия устойчивого развития на 2013–2017 годы
2. Программа по переходу Кыргызской Республики к устойчивому развитию на 2013–2017 годы
3. Программа «Ден соолук» на 2012–2016 годы.
4. Национальная программа «Туберкулез I – II – III – IV» и т.д.

Социальная эффективность отражает степень улучшения показателей здоровья населения или его отдельных групп:

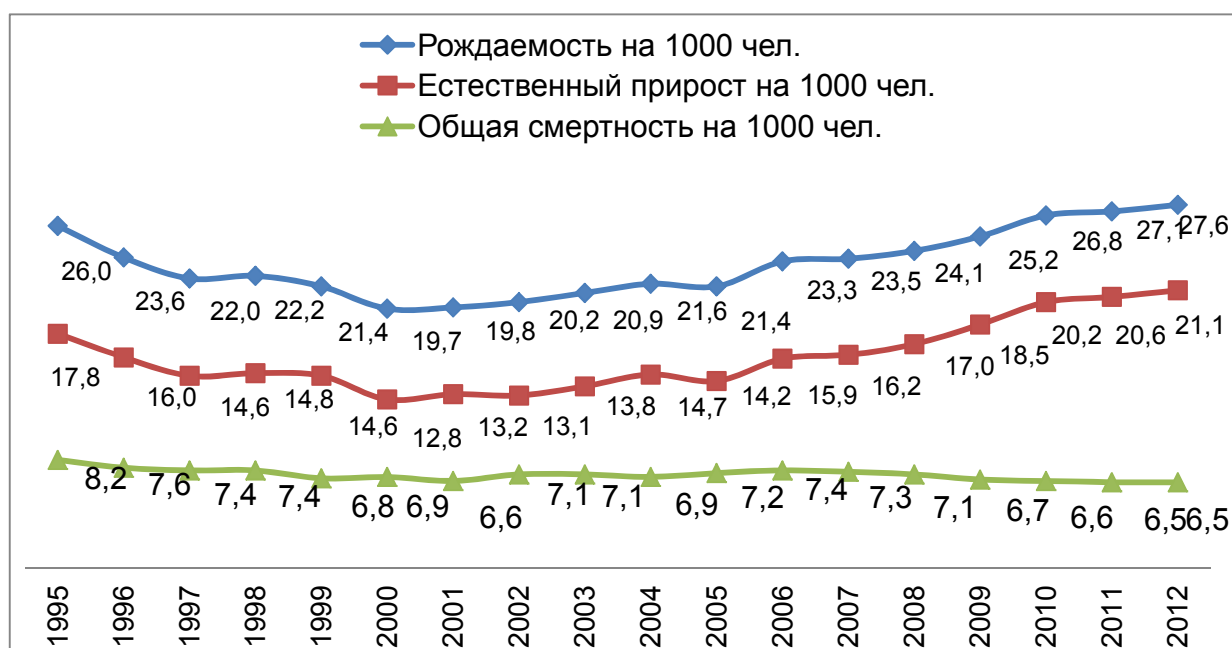
- Средняя продолжительность жизни
- Снижение заболеваемости
- Инвалидность
- Смертность и другие.

Основной фокус развития сектора здравоохранения направлен на укрепление системы здравоохранения, основанного на вовлечение сообществ в охрану и укрепление здоровья населения, повышение качества и доступности индивидуальных медицинских услуг, развитие общественного здравоохранения и формирование кадрового потенциала. Однако полученные результаты носили смешанный характер. С одной стороны, был продемонстрирован заметный прогресс в обеспечении финансовой защиты, доступности и эффективности предоставляемых медицинских услуг. С другой стороны, прогресс в вопросах повышения качества медицинской помощи и улучшения здоровья населения был менее впечатляющим. С одной стороны, это можно объяснить объективными факторами, такими как медленное изменение показателей здоровья, обусловленное отставанием по времени реакцией данных показателей от реализованных мероприятий, а также ограниченным финансированием, которое оказывает затормаживающий эффект на прогресс по ним. С другой стороны, причина в недостаточном внимании на ключевые детерминанты здоровья и вопросы клинической практики со стороны медицинских работников. Также на результаты качества услуг здравоохранения оказали влияние политическая нестабильность и частая смена руководства, которые воспрепятствовали последовательному осуществлению реформ. Влияние на здоровье населения также оказало недостаточное внимание к вопросам

профилактики здоровья, социально-экономическая ситуация в стране и рост уровня бедности.

По данным НСК, население Кыргызстана на 01.01.2013 г. составило – 5 663 тыс. человек, из них 33,6% проживают в городе, 66,4% – в сельской местности. Плотность населения в среднем составляет 28 человек на квадратный километр. Население Кыргызской Республики в демографическом отношении молодое: 32,6% от общей численности составляют дети и подростки, 60,7% – лица в трудоспособном возрасте, и около 7% – лица старше трудоспособного возраста.

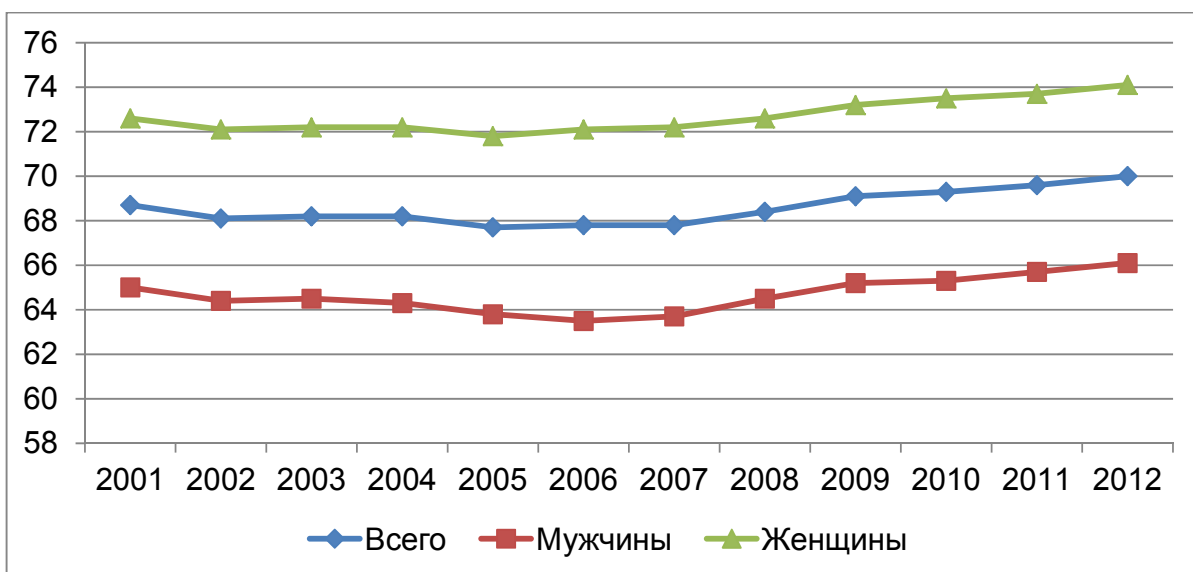
**Рисунок 1. Демографические показатели в Кыргызской Республике**



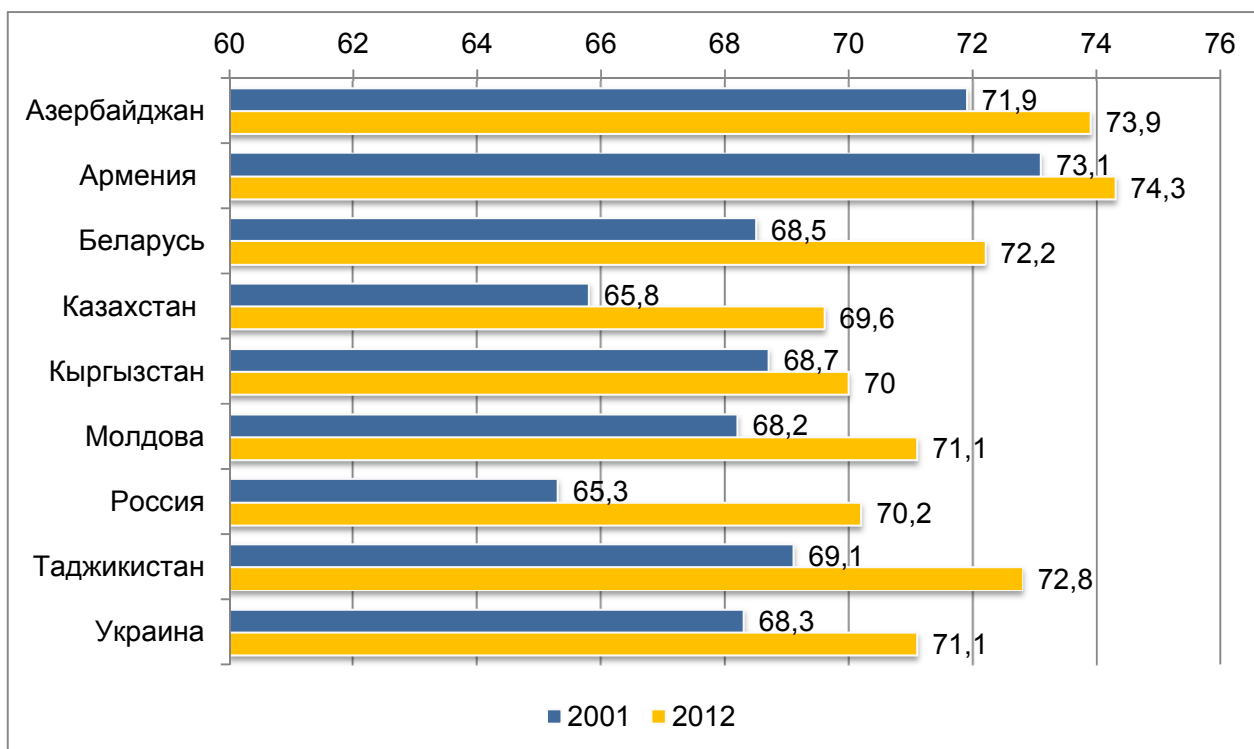
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении служит одним из показателей, применяемых для оценки здоровья, так как он свидетельствует об уровне смертности и рождаемости населения. Как и в других странах, в Кыргызстане продолжительность жизни женщин выше продолжительности жизни мужчин. В 2012 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении мальчиков составляла 66,1 лет, девочек – 74,1, в результате, в среднем продолжительность жизни составила 70 лет.

**Рисунок 2а. Ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызской Республике 2001–2012 гг.**





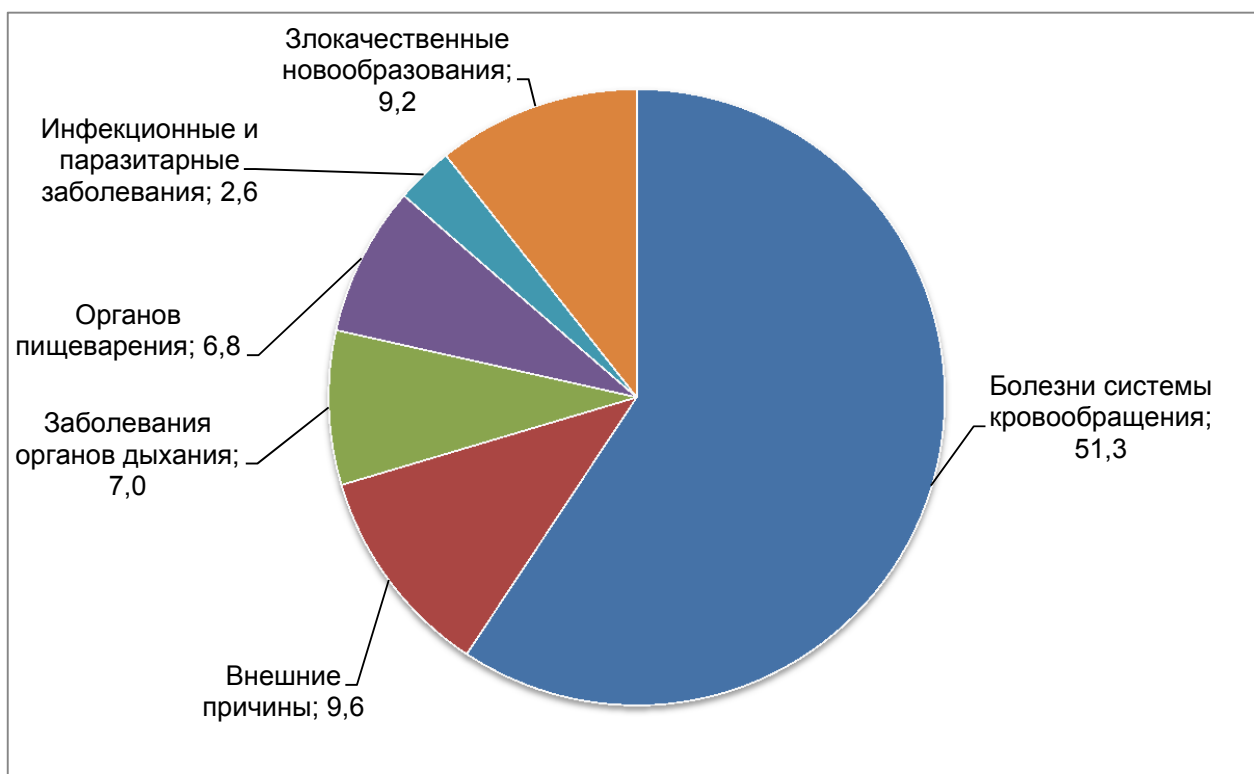
**Рисунок 26. Сопоставление продолжительности жизни в Кыргызской Республике по сравнению с другими странами**



Общий коэффициент смертности уменьшается, и в 2012 году он составил – 6,5 умерших на 1000 человек. По-прежнему, наиболее высокий уровень общей смертности отмечается в Чуйской (8,6), Нарынской (8,1) и Иссык-Кульской (7,9)

областях, где проживает значительная часть славянского населения, имеющего высокий удельный вес пожилых людей. Как и в большинстве государств СНГ, наибольшее влияние на изменение общей смертности населения республики оказывает смертность от болезней системы кровообращения, являющихся ежегодно причиной более половины летальных исходов в стране (1850 умерших, или 51,3% от общего числа умерших в 2012 г.). Подавляющее число умерших от этой причины (14297 умерших, или 68%) – лица старше трудоспособного возраста. Этот класс заболеваний является также основным в структуре причин смерти населения в трудоспособном возрасте (32,0%). Второе место в структуре причин смерти занимают травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (3470 погибших, или 9,6% от общего числа умерших в 2012 г.). Из 3470 погибших от всех несчастных случаев, 2740 (79,0%) погибли в трудоспособном возрасте, и мужская смертность более, чем в 3 раза превысила женскую. На третьем месте злокачественные новообразования - 3330 умерших, или 9,2% от общего числа умерших в 2012 г.). Далее в структуре причин смерти следуют болезни органов дыхания (2536 умерших, или 7,0 от общего числа умерших в 2012 г.). Смертность от инфекционных и паразитарных болезней (977 умерших, или 2,6% от общего числа умерших в 2012 г.), в т.ч. 62,0% от туберкулеза.

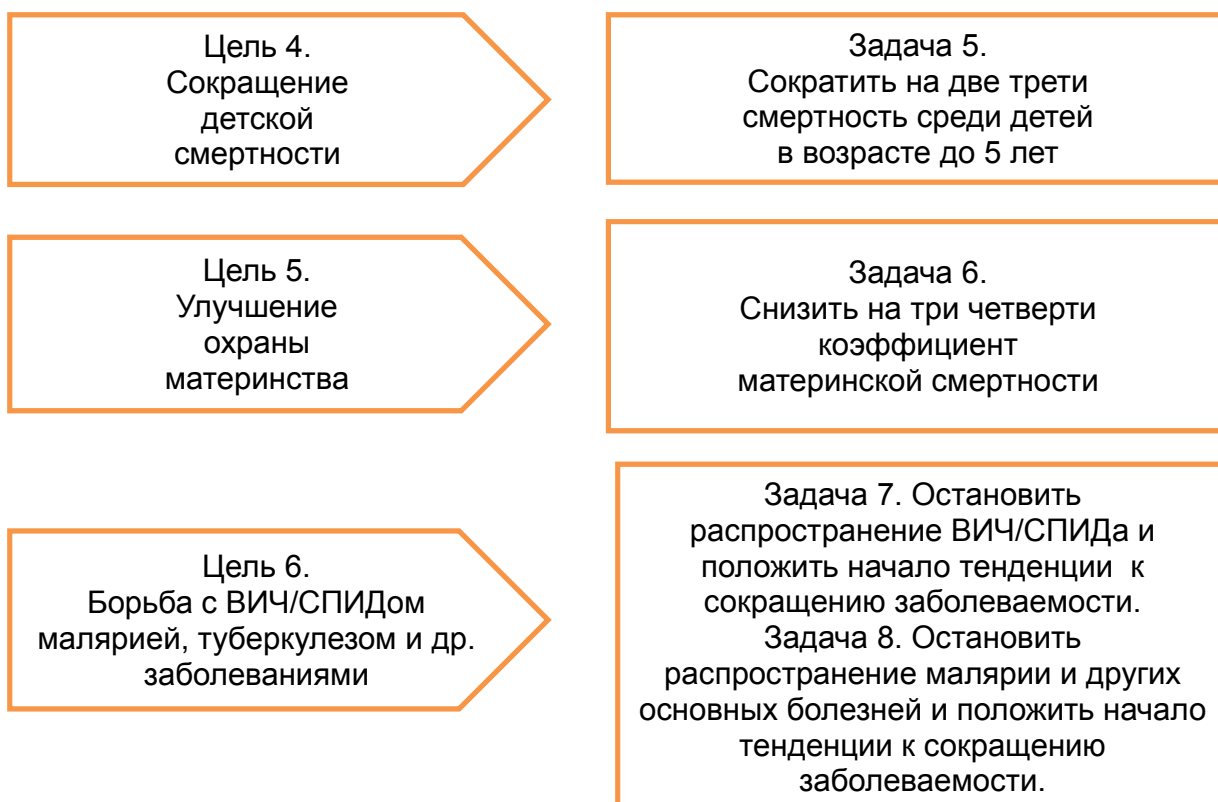
**Рисунок 3. Основные причины смертности в 2012 году (в %)**



*Неинфекционные заболевания*, а именно: сердечно-сосудистые заболевания, рак, респираторные заболевания и диабет, являются ведущими причинами инвалидности, заболеваемости и преждевременной смертности населения республики. Наиболее частой причиной летальных исходов являются сердечно-сосудистые заболевания, на долю которых приходится более половины от общего числа умерших. Существует значительный гендерный разрыв в преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В возрастной группе 0-64, коэффициент мужской смертности от болезней системы кровообращения превышает смертность женщин в 2,5 раза, от коронарной болезни сердца – в 3 раза, и от цереброваскулярных болезней – в 1,9 раза. Высокая мужская смертность связана с рядом факторов, включая высокий уровень курения, плохую осведомленность о медицинских состояниях, таких как повышенное артериальное давление; низкий коэффициент использования первичной медицинской помощи приводит к позднему выявлению и плохому ведению хронических заболеваний.

Одним из наиболее приоритетных направлений усилий по развитию системы здравоохранения стало проведение целенаправленной работы по достижению ЦРТ-4, ЦРТ-5, ЦРТ-6.

**Рисунок 4. Основные задачи ЦРТ в здравоохранении**



**Таблица 1. Оценка прогресса в достижении ЦРТ по здравоохранению в Кыргызской Республике (отдельные индикаторы)<sup>1</sup>**

Цели и индикаторы	Фактич. значение	Целевое значение	Оценка прогресса
<b>Цель 4. Сокращение детской смертности</b>			
Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет, на 1000 детей, родившихся живыми	23,4	10,4	Вероятно
Коэффициент младенческой смертности, на 1000 детей, родившихся живыми	20	8,5	Вероятно
<b>Цель 5. Улучшение охраны материнства</b>			
Коэффициент материнской смертности, на 100 тыс. детей, родившихся живыми	50,3*	15,7	Маловероятно
<b>Цель 6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими заболеваниями</b>			
Рост количества вновь выявленных случаев ВИЧ/СПИДа, %	18,5	Менее 20%	Маловероятно
Заболеваемость туберкулезом, случаев на 100 тыс. населения	104,3	52	Маловероятно
Смертность от туберкулеза, сл. на 100 тыс. населения	8,6	7	Вероятно
Количество потребителей наркотиков, чел.	9730	1200	Маловероятно

\* - обновленные данные относительно Третьего отчета о прогрессе в достижении целей развития тысячелетия

Важнейшими предпосылками для социальной справедливости в отношении здоровья являются защищенность во время беременности, благоприятные условия жизни в раннем детстве и хорошее образование. Принятие подхода к здоровью, охватывающего все этапы жизни, означает признание сложных взаимодействий между жизненными событиями, биологическими рисками и детерминантами здоровья. С точки зрения социальных детерминантов здоровья, развитие в детском возрасте закладывает основу для тех результатов здоровья, которые будут проявляться на протяжении всей жизни человека.

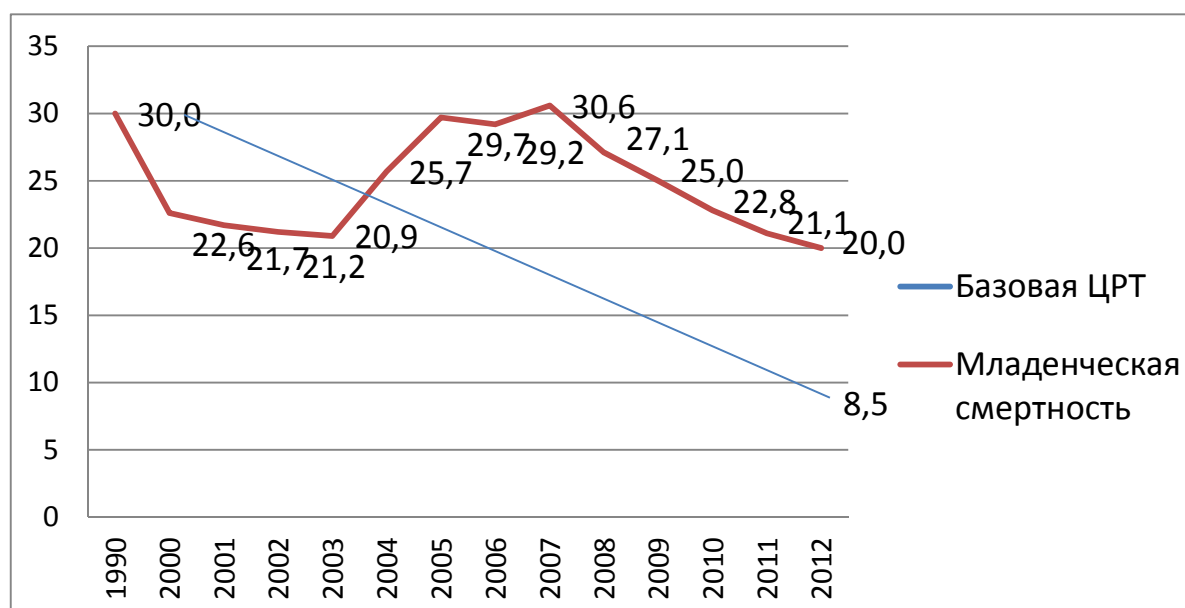
Важнейшей характеристикой здоровья населения является *младенческая и детская смертность*. Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению, значение

<sup>1</sup> Третий отчет о прогрессе в достижении целей развития тысячелетия, Кыргызская Республика, ПРООН, 2013

данных показателей остается высоким. Снижение показателей младенческой и детской смертности стало результатом ряда принимаемых мер. В республике налажена система иммунизации и проводится своевременная иммунизация детей от всех основных болезней. В последние годы не было зарегистрировано случаев заболевания полиомиелитом, значительно снизилась заболеваемость дифтерией, корью и гепатитом В. В результате, младенческая смертность снизилась с 27,1 до 21,1 случаев на 1000 живорожденных в течение 2008-2012 годов, а показатель детской смертности снизился с 31,5 до 24,5 случаев на 1000 живорожденных за тот же период.

Но при этом нельзя не отметить, ежегодно со стороны республиканского бюджета отмечается недофинансирование закупок вакцинных препаратов на 40–60%, продолжает сохраняться зависимость от внешнего финансирования для их приобретения.

**Рисунок 5. Младенческая смертность в КР в 1990–2012 гг. (на 1000 родившихся живыми)**



Необходимо отметить, что повышение уровня младенческой смертности в 2004–2005 году было обусловлено, в первую очередь, внедрением новых критериев живорождения, рекомендованных ВОЗ, в результате чего достижение установленных ранее целей по данным индикатором является крайне маловероятным. При этом, по экспертным оценкам, в стране была достигнута положительная динамика по снижению детской смертности, которая позволяет отнести Кыргызстан к группе немногих стран, которые находятся на пути к достижению ЦРТ 4, что доказывает

необходимость продолжения и усиления проводимых мероприятий по снижению детской смертности в стране<sup>2</sup>.

Основными причинами младенческой смертности (детей в возрасте до 1 года) являются перинатальные состояния (63,5%), далее следуют болезни органов дыхания (13,7%) и врожденные аномалии (13,6%). В структуре причин смерти детей до 5 лет преобладают перинатальные состояния (54,5%), далее следуют болезни органов дыхания (15,9%) и врожденные аномалии (13,1%). В г. Ош по сравнению с республиканскими показателями отмечается высокий уровень таких показателей как: коэффициент мертворождаемости (14,4%) при республиканском показателе – 11,7%.

В перинатальном периоде причиной смерти новорожденных являются асфиксии (49,3%), возникновение которых связаны с состоянием здоровья женщины, качеством ведения родов и оказанием реанимационной помощи новорожденному.

Наличие врожденных аномалий у новорожденных детей тесно связано с состоянием здоровья родителей, неблагоприятной экологической ситуацией, за последние годы не отмечается положительной динамики указанной патологии.

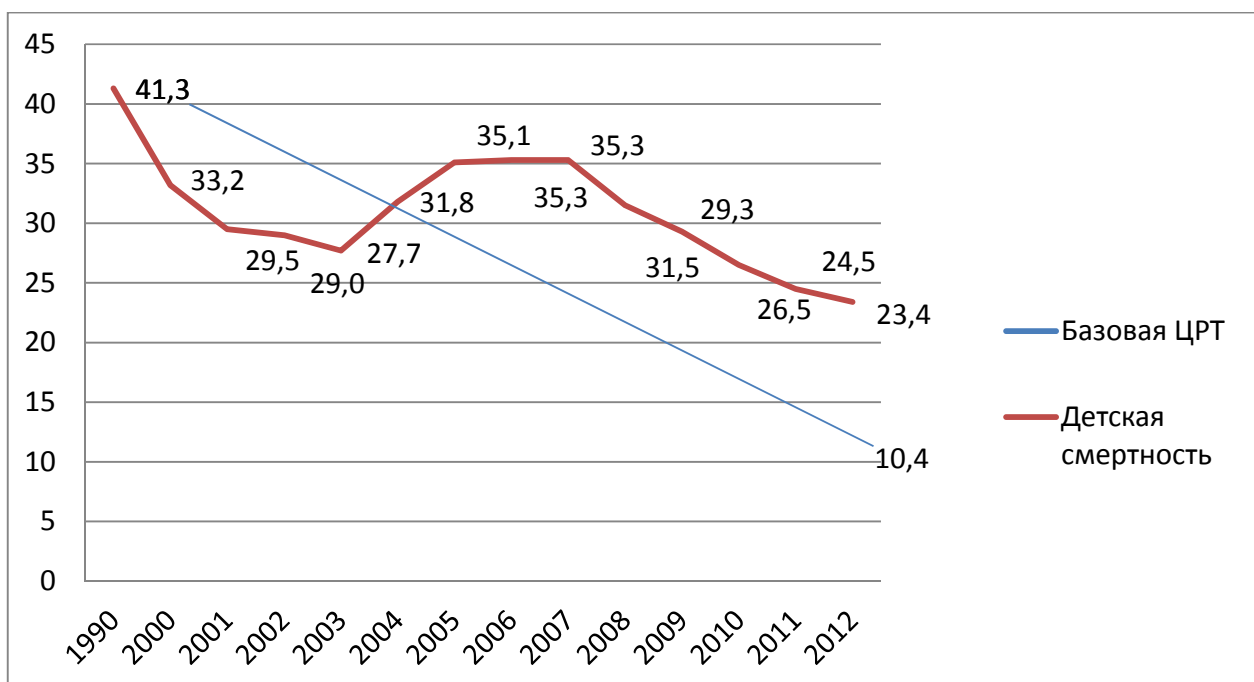
В структуре причин смертности детей от 1 до 5 лет преобладают болезни органов дыхания - 30,1%, травмы и отравления - 29,5%, инфекционные и паразитарные болезни - 11,7%. Факторы риска смерти детей от болезней органов дыхания в этом возрасте связаны с общим состоянием питания детей, их нахождением в холоде, а также загрязнением воздуха внутри жилых помещений, особенно в сельских домах, где жилые помещения обогреваются зимой печами.

Следует отметить, что более чем у 30% школьников диагностируются хронические заболевания, в среднем за время обучения число здоровых школьников сокращается в 5 раз, выявляются школьники с общей задержкой физического развития, увеличивается доля подростков, относительно поздно вступающих в период полового созревания. Заболевания желудочно-кишечного тракта и печени встречаются более чем у 1/3 всех школьников. С поступлением в школу резко ограничивается двигательная активность детей.

**??Рисунок 6. Детская смертность в КР в 1990-2012гг. (на 1000 родившихся живыми)**

---

<sup>2</sup>Count down to 2015. Maternal, Newborn & Child Survival. Building a Future for Women and Children. The 2012 Report., UNICEF, Statistics & Monitoring Section/Division of Policy and Strategy. Prepared on 21/02/2013.



К настоящему времени в области ЦРТ 5 сложилась неблагоприятная ситуация. Проведенные оценки показывают, что Кыргызской Республике, также как и многим другим странам, вряд ли удастся достичь установленных целей по снижению *материнской смертности* к 2015 г<sup>3</sup>. По итогам 2012 года, данный показатель составил 50,3 женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода, на 100 тыс. родившихся живыми, тогда как целевой показатель на 2015 год был установлен на уровне 15,7. По сравнению с 1999 годом в 2012 году число женщин, умерших во время беременности, выросло в 39 раз (1999 г. - 2 случая, 2012 г. – 78).

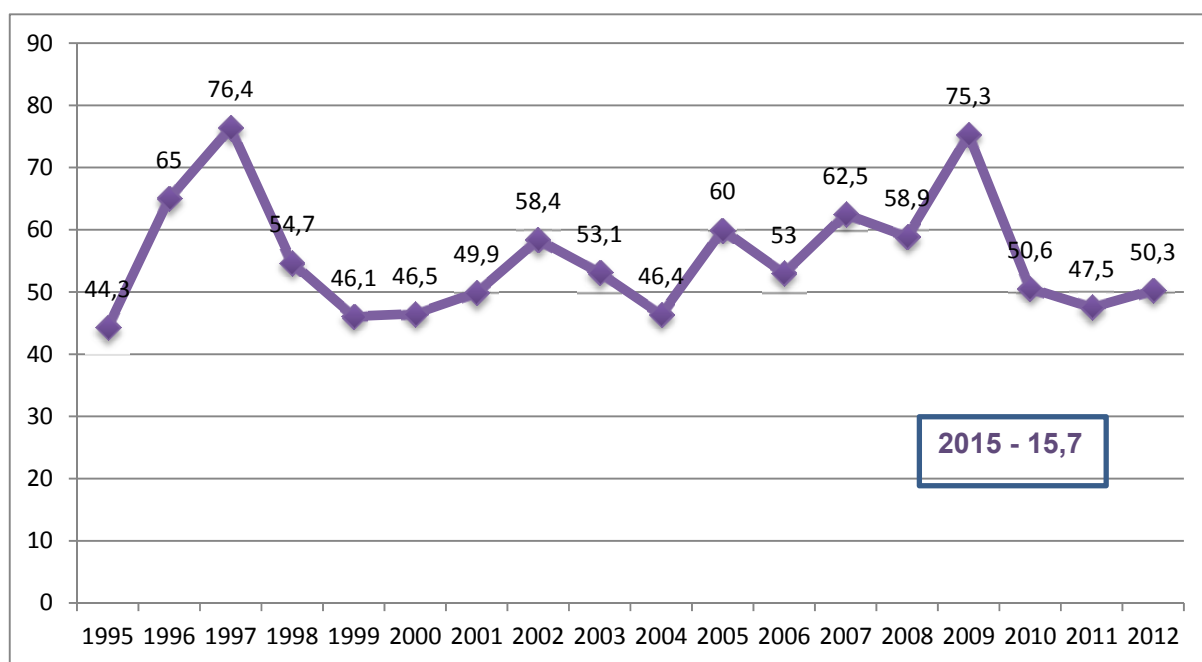
Анализ причин материнской смертности показывает, что она обуславливается как многочисленными прямыми, так и косвенными причинами во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Около 80% случаев смертей матерей вызваны прямыми причинами (непосредственно материнская смерть от акушерских причин). Четырьмя основными являются кровотечения (29,5%), экстрагенитальные заболевания (23,1%), гипертензионные расстройства - 20,5%, доля септических осложнений составила 14,1%. Косвенными причинами (20%) материнской смертности являются болезни, осложняющие беременность или усугубляемые беременностью, такие как туберкулез, пневмония и плеврит, острый гепатит, сердечно-сосудистые заболевания и пороки сердца, ВИЧ/СПИД. Причины, приводящие к материнской смертности, помимо всего прочего обусловлены рядом

<sup>3</sup>Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization 2010; <http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2012-report>

экономических, социальных и культурных факторов, состоянием общественного здравоохранения, демографической структурой, поведенческими навыками и т.д.

В последнее время немедицинские причины оказывают все большее влияние на показатель материнской смертности. Низкая осведомленность общественности, особенно в сельской местности, о методах семейного планирования, охране репродуктивного здоровья и безопасных контрацептивных средствах, об опасных признаках беременности и своевременном обращении за медицинской помощью, а также отсутствие у членов семьи информации об опасных признаках беременности и особенностях питания, режиме отдыха и подготовке к родам приводят к росту осложнений во время беременности. Несоввершенство стандартов по половому воспитанию школьников, подростков и молодежи, принудительный отказ от контрацепции в силу религиозных причин, приводит к беременности и родам в раннем возрасте.

**Рисунок 7. Материнская смертность в КР в 1995-2012 гг. (на 1000 родившихся живыми)**



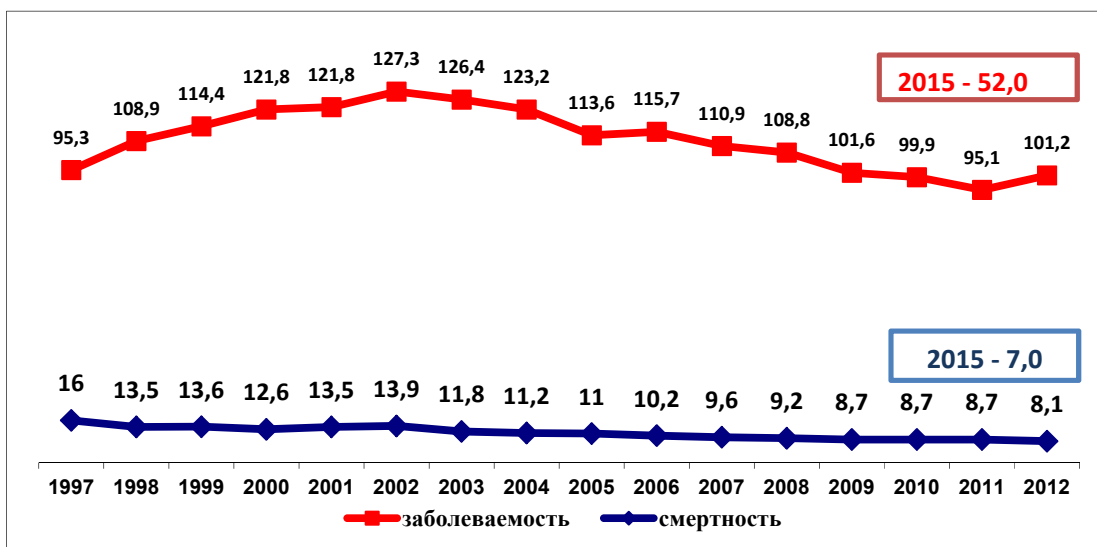
Низкий уровень жизни населения оказывает существенное влияние на его здоровье, что особенно выделяется в сельской местности. Уровень бедности населения, имевший тенденции к снижению вплоть до 2008 года, в последние годы показывает обратную динамику и увеличился с 31,7% в 2008-2009 годах до 38% в 2012 году. При этом, большая часть бедного населения проживает в сельской местности, где почти 40% населения проживает ниже черты бедности. Такая



ситуация оказывает влияние на доступность населения, и в частности беременных женщин, к медицинским услугам. В качестве примера можно привести ситуацию с материнской смертностью в разрезе регионов. Так, по данным 2012 года, наиболее бедными регионами в Кыргызстане являются Джалал-Абадская и Ошская области, где показатель уровня бедности составил 55,7% и 51,4% соответственно. В то же время, в 2012 году в этих областях было зарегистрировано наибольшее количество случаев материнской смертности. В Ошской области – 21 случай, а в Джалал-Абадской – 16 случаев. Тогда как в г. Бишкек и Чуйской области, где уровень бедности ниже и составил 21,4% и 16,6% соответственно, количество случаев материнской смертности также ниже (5 и 10 соответственно).

Как и во многих странах бывшего Советского Союза, включая страны Центральной Азии, показатели по туберкулезу в Кыргызстане очень высокие. Несмотря на некоторую стабилизацию ситуации со смертностью и заболеваемостью от туберкулеза, эпидемиологическая ситуация сохраняется напряженной. Показатель заболеваемости туберкулезом составил 101,6 в 2008г. и 101,2 в 2012г., показатель смертности от туберкулеза снизился с 9,2 в 2008 г. до 8,1 в 2012 г., что делает маловероятным достижение целевых значений в рамках ЦРТ.

**Рисунок 8. Динамика заболеваемости и смертности от туберкулеза в Кыргызской Республике за 1997-2012 гг. (без учета (чего?) ГСИН) (на 100 тыс. населения).**



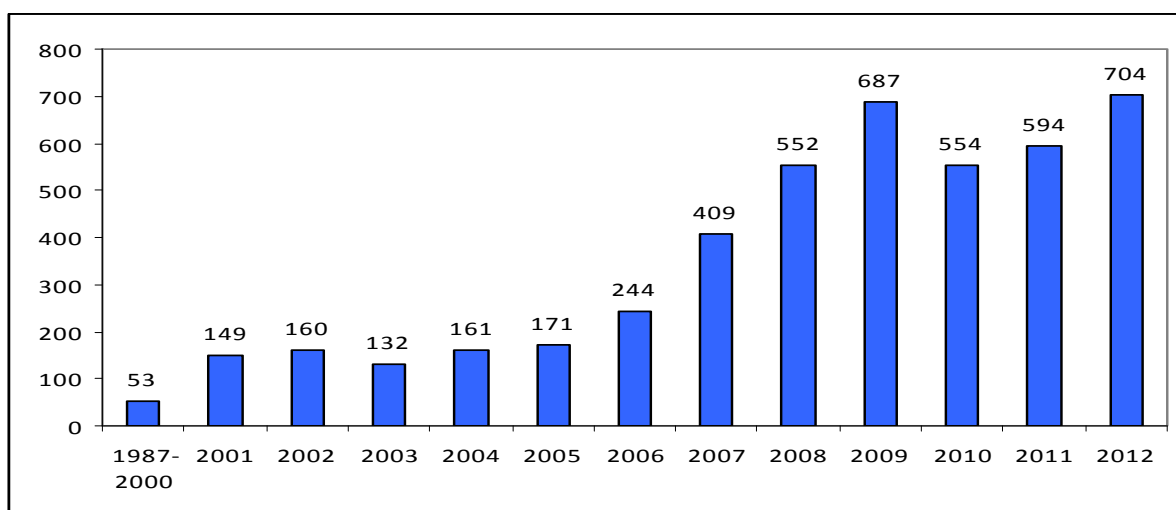
Зачастую выявление новых случаев происходит уже в запущенной форме из-за высокой миграции, низкого уровня жизни населения, а также недостаточной осведомленности населения о туберкулезе, увеличения числа случаев больных с устойчивыми формами туберкулеза и низкой приверженности к лечению отдельных

контингентов. Кыргызстан входит в число стран с высоким бременем мультирезистентной формы туберкулеза (МЛУ-ТБ). По данным Глобального отчета ВОЗ по ТБ 2012 г., в Кыргызстане распространенность МЛУ-ТБ среди новых случаев ТБ (ранее не получавших лечение) составляет 22%, среди ранее лечившихся – 52%.

Сложности в контроле и реализации противотуберкулезных мероприятий в стране также обусловлены несовершенным механизмом государственного надзора и контроля над распространением туберкулеза; слабой моделью оказания противотуберкулезной помощи и недостаточной интеграцией с первичным звеном здравоохранения, особенно в отношении резистентных форм туберкулеза; нехваткой врачей-фтизиатров, недостаточным материальным стимулированием медработников, низкими навыками медперсонала на уровне ПМСП, устаревшей материально-технической базой противотуберкулезных организаций; полной зависимостью от донорских поставок противотуберкулезных препаратов и т.д.

Эпидемия *ВИЧ-инфекции* в Кыргызской Республике находится в концентрированной стадии. В последние годы отмечается быстрый рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, и по оценкам ВОЗ/UNAIDS республика входит в число 7 стран мира с наиболее высокими темпами роста эпидемии. Отмечается тенденция роста числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин (с 9,5% в 2001 г. до 30,7% на 01.11.2013 г.); возрастает доля полового пути передачи (с 3% в 2001 г. до 32,2% на 01.11.13 г.), увеличивается число случаев вертикальной передачи ВИЧ до 2,9% от числа зарегистрированных ЛЖВ. Увеличение числа ВИЧ позитивных женщин и детей свидетельствует о переходе эпидемии из среды групп повышенного риска в общую популяцию. На 1 ноября 2013г. официальное число зарегистрированных лиц живущих с ВИЧ составило 5060 случаев, в т.ч. граждан КР – 4840 человек. Согласно оценке, проведенной по программе ВОЗ «Spectrum», оценочное число случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызстане на 2012 г. составляет 9000 человек.

**Рисунок 9. Количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции**



Немалой доли дорогостоящих затрат на лечение хронических заболеваний можно избежать, если принимать меры по укреплению здоровья и благополучия и осуществлять действенные профилактические меры в секторе здравоохранения и других секторах. В число таких мер входят меры по ограничению рискованных форм поведения, укреплению здоровья, физической активности, снижению воздействия опасных факторов окружающей среды.

Состояние инфекционной и паразитарной заболеваемости остается одним из основных факторов устойчивости санитарно-эпидемиологической ситуации в республике. Сохранение высокого уровня заболеваемости острыми кишечными инфекциями, в особенности, среди детей в сельской местности юга республики, обусловлено ограниченным доступом части населения к безопасным источникам питьевой воды и несоблюдением норм санитарии. Сложившаяся ситуация во многом обусловлена деградацией и низкой эффективностью работы систем водоснабжения и санитарии; неудовлетворительным качеством воды в источниках водоснабжения, используемых населением для хозяйственно-питьевых и рекреационных нужд.

На сегодня более 600 тыс. человек в республике продолжают использовать воду из оросительных каналов и рек, что усугубляет санитарно-эпидемиологическую обстановку и, зачастую, является причиной крупных вспышек инфекционных заболеваний, передающихся водным путем.

По данным совместного исследования ВОЗ и ЮНИСЕФ, только 75% городского и 51% сельского населения республики имеют доступ к соответствующим санитарно-техническим сооружениям, 97% сельских жителей пользуется уличными туалетами с выгребными емкостями.

Вместе с тем, в 32,3% школьных зданий и 18% дошкольных учреждений нет централизованного водоснабжения, не канализованы до 69% зданий общеобразовательных школ и 49% дошкольных учреждений. По данным территориальных центров профилактики заболеваний и экспертиз, 206 водопроводов (19,1%) не соответствуют требованиям санитарных норм, не имеют достаточных зон санитарной охраны, комплексов водоочистных сооружений, обеззараживающих установок<sup>4</sup>.

Одним из важных элементов анализа текущей ситуации в секторе здравоохранения является оценка общих барьеров в доступности к услугам здравоохранения на системном уровне. Подобная оценка была проведена в рамках подготовки отчета о реализации Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими».

---

<sup>4</sup> По данным Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

В соответствии с анализом ИОДХ 2001-2010 гг., доля населения, которая сообщила, что она нуждалась в медицинской помощи, но не обратилась за такой помощью ввиду финансовых или географических причин, значительно сократилась относительно 2000 года. Данный показатель снизился с 11,2% в 2000 г. до 4,4% в 2009 г.<sup>5</sup> Однако в 2009 году по данному показателю был отмечен некоторый рост относительно 2006 года (3,1%).

**Таблица 2. Финансовые и географические барьеры в доступности**

	2000	2003	2006	2009	2010 целевые
% не обращающихся за необходимой медицинской помощью по финансовым или географическим причинам	11,2%	6,3%	3,1%	4,4%	Не более 5 %

Использование услуг ПМСП в целом по стране за период с 2002 по 2012 гг. снизилось с 3,7 до 2,7 посещений на одного жителя в год. Но одно из последних исследований ИОДХ показывает, что коэффициент использования среди беднейшего населения несколько увеличился – с 6,3% в 2001 году до 7,6% в 2007 году.

Одной из причин снижения использования услуг на ПМСП является ситуация с человеческими ресурсами, которая остается проблемой, особенно в сельских районах. Миграция работников здравоохранения приводит к большей и большей нагрузке на врачей ПМСП. В конечном итоге это может негативно повлиять на качество и доступность медицинской помощи.

В сельской местности доля ГСВ с приписанным населением более чем 2000 человек растет и отражает продолжающиеся тенденции во внешней миграции медицинского персонала. На уровне ПМСП согласно правилам один врач ГСВ должен обслуживать 1500 человек смешанного населения. Считается, что при соблюдении данного норматива будет снижаться доля ГСВ с высокой нагрузкой в целях обеспечения как лучшего доступа, так и повышения качества помощи. В начальном этапе реализации программы «Манас таалими» 58% ГСВ в сельской местности имели количество приписанного населения, превышающее 2000 человек, ставилась цель снижения данного показателя до 33%. К сожалению, показатель увеличился с 58% в 2004 году до 81% в 2007 году. Основная причина этой тенденции

<sup>5</sup> Интегрированное обследование домохозяйств НСК-ВОЗ – Модуль по здравоохранению, 2001, 2004, 2007 и 2010 гг.

связана с миграцией медицинских работников из сельской местности, либо в городскую местность либо в другую страну.

**Таблица 3. Число посещений на одного жителя к врачам на амбулаторно-поликлиническом приеме**

Регионы	ЦСМ (ГСВ)										
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Кыргызская Республика	3,7	3,2	3,2	3,1	2,8	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7
Баткенская область	3,2	2,6	2,4	2,6	2,2	2,7	2,6	2,7	2,8	2,8	2,3
Жалал-Абадская область	3,5	2,8	2,7	2,6	2,3	2,5	2,4	2,3	2,4	2,5	2,2
Иссык-Кульская область	3,4	2,8	2,9	3,3	2,7	3,0	3,0	3,1	3,0	3,4	2,6
Нарынская область	3,0	2,9	2,9	2,6	2,3	2,4	2,3	2,5	2,4	2,5	2,2
Ошская область	2,3	2,0	2,1	2,1	1,9	2,0	1,8	1,9	2,0	2,2	2,0
Таласская область	3,5	2,7	2,4	2,5	2,0	1,9	1,7	1,9	1,8	1,8	1,4
Чуйская область	3,0	2,9	2,9	2,9	2,6	2,3	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2
г. Бишкек	6,4	6,3	5,9	5,5	4,9	5,2	4,7	4,9	4,8	4,5	4,7
г. Ош	-	4,0	4,1	4,0	3,8	3,4	3,8	3,9	3,5	3,4	3,9

Для улучшения положения медицинских работников и в соответствии с принятыми постановлениями Правительства Кыргызской Республики от 19 января 2011 года №13 «Об оплате труда работников системы здравоохранения» и от 26 мая 2011 года № 246 «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики», было проведено значительное повышение уровня заработных плат всем категориям медицинского персонала, прежде всего врачам и медсестрам. Однако, вопреки ожиданиям, значительного притока врачей извне (из числа тех, кто ушел из профессии или мигрировал и т.д.) не произошло.

Первые 4-6 месяцев работы с новым Положением выявили ряд упущений, противоречий и неясных моментов, с которыми столкнулись финансовые работники и сотрудники ОЗ. Так, в период до 2011 года при оплате труда медицинских работников строго соблюдались принципы, согласно которым с целью продвижения семейной практики наиболее высокий уровень заработной платы предусматривался для врачей ГСВ. Оплата врачей стационаров была сравнительно ниже, и наименьший уровень оплаты был у специалистов узкого профиля ЦСМ, что должно было стимулировать уменьшение их общего количества на уровне ПМСП (за счет переобучения их на семейных врачей, перехода на вторичный уровень). Эти соотношения прослеживаются по данным 2009 и 2010 гг. по сравнению с данными за

2011 г. По итогам перерасчета заработных плат в соответствии с вновь утвержденным Положением прежние соотношения изменились, а именно, уровень оплаты специалистов узкого профиля ЦСМ и врачей стационаров практически выровнялся с оплатой семейных врачей или даже стал выше. А отмена таких доплат как за участковость, сертификат семейного врача, непрерывность стажа привела к снижению стимулов работать семейным врачом.

Вопрос обеспечения кадрами в настоящее время является одним из наиболее актуальных и болезненных для сектора здравоохранения. Министерство здравоохранения, финансируя учреждения образования, не обеспечивает условия для достижения конечной цели по обеспечению рабочими местами выпускников вузов. За 2011-2012 учебный год выпуск клинических ординаторов всеми вузами, финансируемыми Минздравом, составил 270 чел., в том числе выпуск бюджетников – 94 чел., из них трудоустроились 67 чел., или 71,3%, выпуск врачей-интернов – 304 чел., в т.ч. бюджетников – 108 чел., из них трудоустроились 63 или 58,3%. В результате не трудоустроено выпускников бюджетной формы обучения (клинических ординаторов) в количестве 27 чел. и 45 врачей-интернов. Потери бюджета расчетно составили 1500,0 тыс. сомов.

В то же время потребность в данной категории специалистов составляет в Баткенской области - 113, Жалал-Абадской - 131, Ыссык-Кульской - 165, Нарынской - 146, Ошской - 103, Таласской - 127, всего потребность составляет 785 специалистов.

По данным РМИЦ в Кыргызской Республике в 2012 году оказывали медицинскую помощь 12718 врачей или 22,5 на 10 тыс. человек (2011 год - 12614 врачей или 22,7), специалистов со средним медицинским образованием 31081 или 54,9 на 10 тыс. человек (2011 год - 30148 или 54,3).

До настоящего времени сохраняется проблема низкой обеспеченности квалифицированными врачебными кадрами в сельских и отдаленных районах. Наиболее низкая обеспеченность наблюдается в Чаткальском районе - 7,6; Сузакском - 8,6; Ала-Букинском - 9,2; Тюпском - 8,5; Джеты-Огузском - 8,6; Нарынском - 8,0; Ноокенском - 8,6; Алайском - 8,7; Узгенском - 9,0; Чон-Алайском - 9,1; Таласском - 9,5; Сокулукском - 9,3; Бакай-Атинском - 8,9.

Кроме того, в республике неблагоприятное положение сложилось с психиатрической службой. Практически полностью ликвидирована детская психиатрическая, логопедическая служба, в 2012 году имелось всего 13,75 ставок детских психиатров (2000 год - 38), 20 логопедов (2000 год - 59), в то же время Министерством здравоохранения не инициирован механизм привлечения студентов по проблемным, остро нуждающимся специальностям: психиатры, логопеды, фтизиаторы.

## 1.2. ТЕНДЕНЦИИ В ФИНАНСИРОВАНИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет (который включает расходы как республиканского, так и местного бюджетов), пополняемый за счет поступлений от общего налогообложения, и фонд обязательного медицинского страхования, пополняемый за счет отчислений из фонда оплаты труда. Частные средства включают в себя наличные выплаты из кармана домохозяйств (НВиКД). Внешнее финансирование представляет собой средства, направляемые международными организациями в систему здравоохранения Кыргызской Республики.

Средства из *республиканского бюджета* поступают:

- В Министерство здравоохранения, которое в свою очередь осуществляет финансирование (а) учреждений третичного уровня (за исключением входящих в систему Единого плательщика); (б) интернатов и других учреждений по оказанию ухода; (в) санитарно-профилактических услуг и учреждений; (г) расходов по администрированию, (д) прочих услуг, имеющих отношение к здоровью (например, образование).
- Фонд ОМС на республиканском уровне аккумулирует и распределяет по областям средства из республиканского бюджета, направленные на финансирование медицинских учреждений первичного и вторичного уровня в рамках системы Единого плательщика.

В настоящее время финансирование из *местного бюджета* осуществляется лишь из бюджета города Бишкек в связи с тем, что согласно принятому 25 сентября 2003 года закону «О финансово-экономических основах местного самоуправления», в 2006 году был осуществлен переход с четырехуровневого на двухуровневый бюджет. В этой связи было достигнуто соглашение о переводе финансирования с уровня областей на республиканский уровень.

Средства, полученные в результате *сбора страховых взносов на ОМС*, направляются в Фонд ОМС и в первую очередь направлены на реализацию Программы государственных гарантий, а также ДП ОМС по обеспечению лекарственными средствами застрахованного населения.

Частные расходы в Кыргызстане представлены в основном *средствами домохозяйств*. Домашние хозяйства осуществляют наличные платежи за предоставляемые услуги как на первичном, так и на стационарном уровне. Данный вид платежей может быть как формальным (сооплата, оплата согласно перечню

платных услуг), так и неформальным. Однако большая часть платежей приходится на приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне.

Начиная с 2006 года, часть *средств от международных доноров* начала поступать в рамках Широкосекторального подхода (SWAp), предусматривающего аккумуляцию средств доноров для поддержки сектора здравоохранения. Часть средств в виде параллельного финансирования расходуется международными организациями на реализацию различных проектов в сфере здравоохранения.

За период с 2008 года по 2012 год общие расходы здравоохранения возросли с 9,6 до 19,1 млрд сомов, что дает номинальный рост практически в 2 раза. При этом, отмечен более значительный рост расходов из государственных источников финансирования относительно расходов, производимых населением за предоставляемые медицинские услуги.

В 2012 году государственное финансирование (включая средства ОМС) составили 4,1% к ВВП относительно 2,4% в 2008 году, частные средства сложились на уровне 2,1% относительно 2,6% в 2008 году. Что касается внешнего финансирования, то оно составило менее 0,1% к ВВП.

В пересчете на душу населения, общие расходы здравоохранения увеличились с 1 816,1 сома в 2008 году до 3 372,6 сомов в номинальном выражении в 2012 году. При этом, государственные расходы (включая средства ОМС) за этот период возросли с 902 до 2 221,2 сома или в 2,5 раза, тогда как расходы населения возросли лишь на 26% и к 2012 году составили 1 151,5 сома.

**Таблица 4. Общие расходы здравоохранения**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Млн сомов</b>					
Государственный бюджет	3 873,0	4 809,1	5 276,8	8 327,2	11 135,8
ФОМС	476,8	682,6	553,8	1 248,0	1 210,0
Частные расходы	4 823,2	5 356,6	5 673,2	6 097,9	6 522,7
<b>Всего</b>	<b>9 582,1</b>	<b>11 534,1</b>	<b>12 327,2</b>	<b>16 258,8</b>	<b>19 101,4</b>
<b>в % к общим расходам на здравоохранение</b>					
Государственный бюджет	44,7%	47,6%	49,5%	54,8%	59,5%
ФОМС	5,0%	5,9%	4,5%	7,7%	6,3%



	2008	2009	2010	2011	2012
Частные расходы	50,3%	46,4%	46,0%	37,5%	34,1%
<b>Всего</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>в % к ВВП</b>					
Государственный бюджет	2,3%	2,8%	2,9%	3,1%	3,7%
ФОМС	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
Частные расходы	2,6%	2,7%	2,7%	2,1%	2,1%
<b>Всего</b>	<b>5,2%</b>	<b>5,9%</b>	<b>5,8%</b>	<b>5,7%</b>	<b>6,3%</b>
<b>на душу населения (в сомах)</b>					
Государственный бюджет	811,6	1 021,6	1 125,9	1 605,4	2 007,5
ФОМС	90,4	126,9	102,2	224,8	213,7
Частные расходы	914,2	995,9	1 047,0	1 098,3	1 151,8
<b>Всего</b>	<b>1 816,1</b>	<b>2 144,4</b>	<b>2 275,1</b>	<b>2 928,5</b>	<b>3 373,0</b>
<b>Справочная информация</b>					
ВВП (млрд сомов)	185,0	196,4	212,2	286,0	304,3
Общие расходы гос. бюджета (млн сомов)	52 113,9	53 268,9	58 985,6	90 155,0	107 451,9
Численность постоянного населения (тыс. чел.)	5 276,1	5 378,8	5 418,3	5 551,9	5 663,1

Данная динамика роста расходов на здравоохранение, в особенности касательно роста государственных расходов, является положительным трендом. Было проведено несколько исследований проводимых реформ в рамках реализации программ «Манас» и «Манас таалими», которые отметили ряд успехов в области финансирования и реструктуризации, но в то же время показали, что реализация реформ происходила при недостаточном финансировании. Нехватка финансирования для сектора здоровья ограничила потенциал реформ по оказанию влияния на результаты здоровья и финансовой защиты.

До 2008 года в структуре общих расходов здравоохранения преобладали частные расходы населения, динамика которых за период с 2000 года по 2005 год характеризовалась устойчивой тенденцией к росту (с 52,9% до 59,2%). Однако

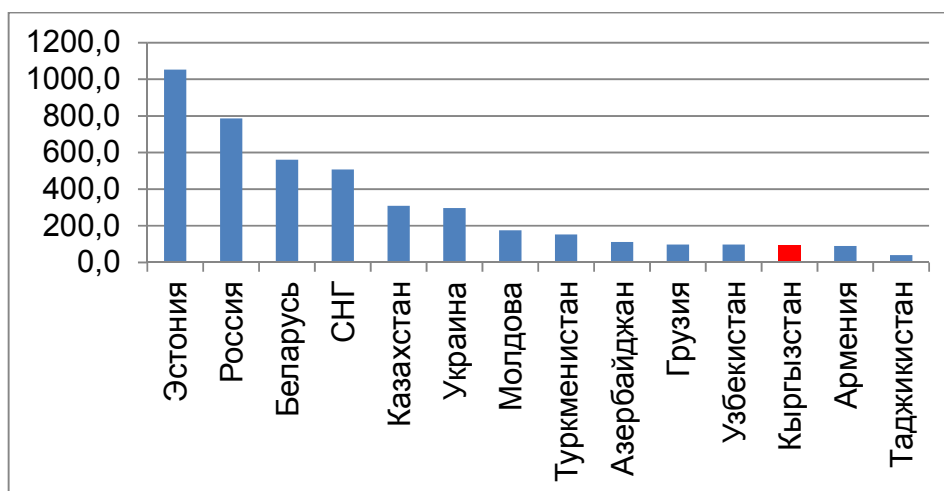
начиная с 2006 года доля частных расходов стала снижаться и к 2012 году сократилась до 34,1% от общих расходов на здравоохранение. Начиная с 2004 года уровень государственных расходов начал ускоряться относительно частных расходов вплоть до 2012 года (в среднем 15% ежегодного роста в реальном выражении, тогда как частные расходы практически не возросли в реальном выражении за этот период), следствием чего стало сокращение доли частных расходов в структуре общих расходов здравоохранения. В результате, в 2009 году доля государственных расходов на здравоохранение впервые превысила долю частных расходов (46,4% относительно 53,6%), а к 2012 году государственные расходы достигли уже уровня 66% от общих расходов здравоохранения. Увеличение уровня финансирования из государственного бюджета было обусловлено в значительной степени внедрением в реализацию программы реформирования сектора здравоохранения «Манас таалими» механизма SWAp. Одним из условий реализации данного механизма стало постепенное увеличение доли государственного финансирования сектора здравоохранения относительно общих расходов государственного бюджета. За период с 2006 по 2012 год данный показатель увеличился с 10,3% до 13,1%.

**Рисунок 10. Соотношение государственных и частных расходов на здравоохранение (в %)**



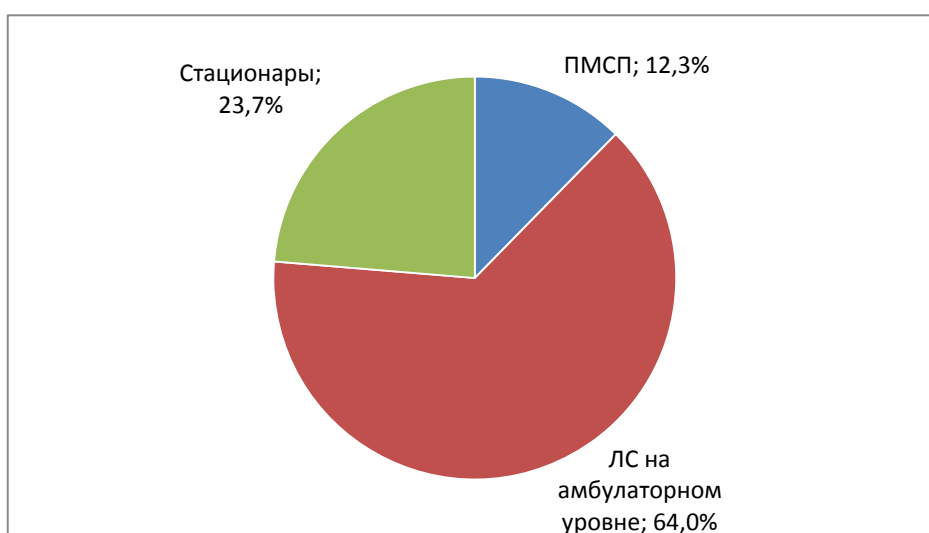
Однако, несмотря на устойчивые тенденции увеличения государственного финансирования, доля расходов бюджета на сектор здравоохранения в Кыргызстане остается одной из самых низких(что?) среди стран бывшего СССР.

**Рисунок 11. Государственные расходы на здравоохранение на душу населения в 2011 году (в долл. США, с учетом паритета покупательской способности, расчеты ВОЗ)**



Частные расходы подразделяются на три основные категории: наличные расходы на амбулаторном уровне, расходы на медицинские препараты и стационарные расходы. Амбулаторные расходы включают все расходы и стоимость подарков, подаренных медицинскому персоналу во время амбулаторных визитов. Расходы на лекарства включают как выписанные, так и невыписанные лекарства, о которых сообщалось в разделе по амбулаторной помощи данного опроса (т.е. они не включают покупку лекарств, связанную с госпитализациями). Стационарные расходы включают все платежи, осуществленные во время госпитализаций, в том числе сооплата, неофициальные платежи персоналу, и оплата за лекарственные препараты.

**Рисунок 12. Структура наличных выплат населения по категориям в 2012 г., в %**



**Таблица 5. Общие расходы населения по уровням предоставления помощи в 2012г<sup>6</sup>.**

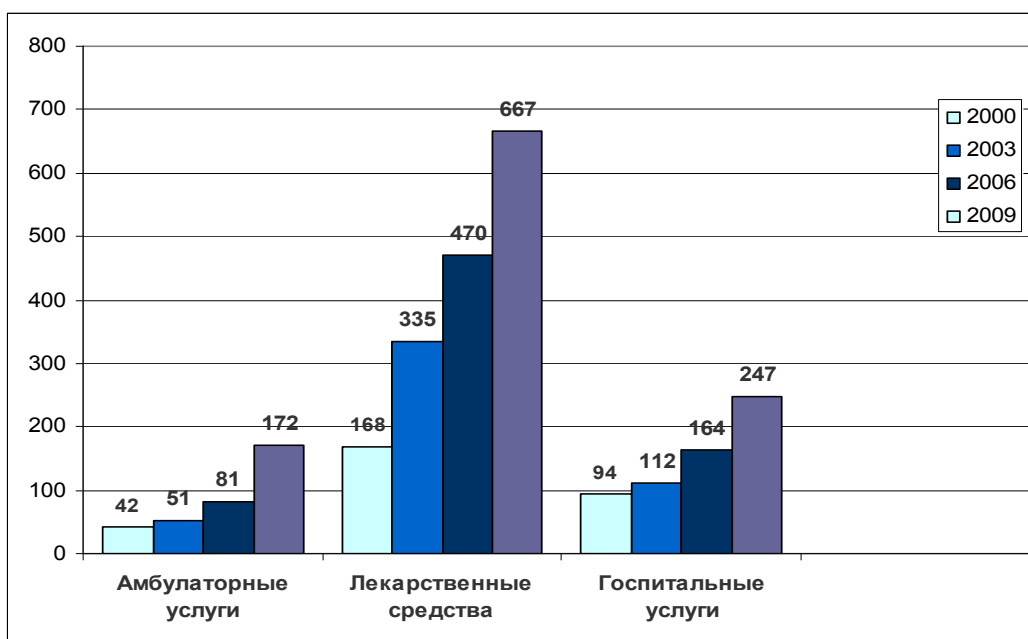
	Общие расходы населения (тыс. сомов)	в %
<b>ПМСП</b>		
Транспорт	32 244,9	4,0%
Консультация	132 434,6	16,5%
Расходы на рецепты	315 539,8	39,2%
Прочие расходы (вкл. лаб. анализы)	324 752,7	40,3%
<b>Всего</b>	<b>804 972,1</b>	<b>12,3%</b>
<b>Стационары</b>		
Питание	335 254,9	21,7%
Медикаменты и ИМН	454 305,5	29,4%
Лаб. анализы	23 763,7	1,5%
Выплаты персоналу	428 994,7	27,8%
Другие расходы	302 914,9	19,6%
<b>Всего</b>	<b>1 545 233,7</b>	<b>23,7%</b>
<b>ЛС на амбулаторном уровне</b>		
<b>Всего</b>	<b>4 172 444,2</b>	<b>64,0%</b>
<b>Общие расходы населения</b>	<b>6 522 650,0</b>	<b>100%</b>

Имеются две общие категории официальных платежей. Первая, это «исключительно частные» транзакции, такие как покупка медикаментов в частных аптеках или выплаты, произведенные пациентами частным врачам. Вторая, это официальная соплата, выплачиваемая за специализированные услуги на амбулаторном уровне, госпитализацию и дополнительный пакет ЛС на амбулаторном уровне.

Неформальные платежи включают в себя выплаты, произведенные напрямую медицинским работникам (в основном, врачам) в государственных учреждениях здравоохранения, и выплаты за предоставление расходных материалов (чаще всего ЛС и хирургические принадлежности) или услуги, которые должны предоставляться бесплатно, как часть лечения.

**Рисунок 13. Подушевые расходы в виде выплат из кармана по уровням предоставления услуг<sup>7</sup> (сом)**

<sup>6</sup> Расчетные данные, полученные на основе результатов ИОДХ-2010, Дополнительный модуль по здравоохранению.



Наличные платежи «из кармана» являются наиболее регрессивным источником доходов. Чем больше доля наличных платежей «из кармана» в составе финансирования здравоохранения, тем меньшую финансовую защиту получает домохозяйство.

Необходимо отметить, что медицина традиционно является одной из наиболее коррумпированных областей в сфере оказания услуг населению. ВОЗ выделяет 4 основных проявления коррупции в секторе здравоохранения: взяточничество, воровство, бюрократическая или политическая коррупция и дезинформация с целью личной выгоды. Коррупция способна отрицательно влиять на возможности системы здравоохранения оказывать высококачественную и эффективную помощь людям, которые могут извлечь из этого максимальную пользу. Высокий уровень коррупции способствует обнищанию населения, увеличению неравенства и ухудшению состояния здоровья, в особенности среди наиболее уязвимых групп населения.

Одним из наиболее серьезных, но в то же время, легко устранимых коррупционных факторов являются те, которые связаны с несовершенством правового регулирования в сфере здравоохранения. К факторам такого рода можно отнести те нормативные коллизии, то есть противоречия между нормами, которые создают возможность произвольного выбора норм, подлежащих применению в конкретном случае. В качестве примера можно привести ситуацию с правом выбора врача, которое приводит к возникновению ситуации получения медицинских услуг

<sup>7</sup> ЦАПЗ, Документ исследования политики № 76, «Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001–2010 гг».

пациентами без соответствующего направления, когда может иметь место коррупционное правонарушение на уровне «врач – пациент», то есть оплата за медицинские услуги непосредственно врачу. Данные, полученные в ходе проведения анализа по наличным выплатам пациентов<sup>8</sup>, показали рост доли самонаправлений: с 19% в 2004 г. до 28% в 2009 г.

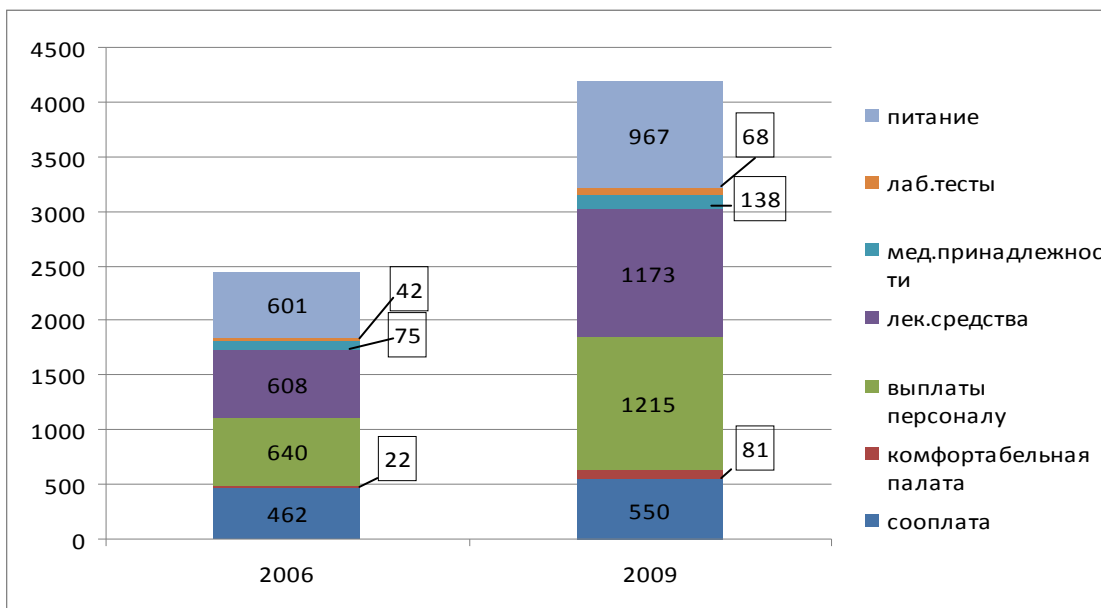
Кроме того, при сравнении результатов исследований за 2006 и 2009 годы, отмечается значительное увеличение средней суммы расходов, связанных с госпитализацией (4 205 сомов в 2009 г. и 2 450 сомов в 2006 г.), причем увеличение расходов отмечается по всем категориям выплат. В общей структуре расходов основная доля приходится на выплаты медицинскому персоналу (26% в 2006 г. и 29% в 2009 г.), оплату лекарств (25% и 28% соответственно) и питание (24% в 2006 г. и 23% в 2009 г.). Надо отметить что, несмотря на то, что последнее исследование по наличным выплатам населения проводилось в 2010 году, ситуация в целом не поменялась, и тенденции в целом сохранились.

Большинство выплат медицинскому персоналу в больницах в 2009 году были сделаны не по инициативе пациентов или их родственников, а по просьбе врача, а это означает, что они были неформальными платежами. Данные о том, что хирурги и анестезиологи часто сами назначают сумму за операцию, находят свое подтверждение: только 4% респондентов из числа делавших выплаты анестезиологам отметили, что это было подарком, и 86% сказали, что врач попросил об этом, а 9% – что врачи намекнули. Выплаты акушер-гинекологам и вспомогательному медицинскому персоналу чаще всего делаются по собственной инициативе, из желания поблагодарить.

#### **Рисунок 14. Средние общие расходы на госпитализацию среди всех пациентов, 2006 и 2009 гг. (сом)**

---

<sup>8</sup> ЦАПЗ, Документ исследования политики № 76, «Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001–2010 гг».



Из общего числа пациентов 51,4% платили за определение их в больницу, при этом 36,1% – до госпитализации. В 99 случаях из 100 оплата производилась семьей и наличными.

Результаты исследования показали, что в 66 случаях оплата производилась в приемном покое, 17,6% – через кассу, 16,4% - непосредственно медицинскому персоналу. При этом, 22,3% получили квитанц, 54,9% - запись была сделана в журнале, а 20,8% – не имели никаких документов. Среди тех, кто произвел оплату за госпитализацию во время пребывания в больнице, квитанцию получили только 2/3 пациентов.

В период пребывания в больнице родственники обеспечивали питанием 96,4% больных, расходными материалами – 59,7%, бельем – 71,6%. Эти услуги характерны для всех видов отделений и типов больниц, однако наихудшее положение сложилось в городских больницах. В них доля пациентов, которые вынуждены покупать медикаменты и перевязочные материалы, на 18%–20% выше.

Почти все пациенты (99,3%) имели расходы, связанные с их пребыванием в больнице. Общая сумма этих расходов составляет 1,5 млрд сомов. В общей структуре расходов при госпитализации основная доля приходится на выплаты медицинскому персоналу (27,8%), оплату лекарств (29,4%) и питание (21,7%).

Основными выплатами «из-кармана» домохозяйств являются расходы на лекарства, приобретаемые на амбулаторном уровне, которые составляют порядка 64% от общих частных расходов. За период 2000–2009 гг. расходы домохозяйств на ЛС с учетом инфляции увеличились почти в 2 раза. Если в 2000 году подушевые расходы на ЛС в среднем составляли 168 сомов, то к 2009 году данный показатель

возрос до 353 сомов с учетом инфляции, или же до 667 сомов без учета роста цен. Этому способствуют как высокие цены на ЛС, так и чрезмерное потребление лекарств населением, связанное с ненадлежащей практикой назначений врачами, а также увеличивающимися масштабами самолечения среди населения. Ситуация усугубляется недостатком информации о рациональном использовании ЛС среди населения, безрецептурной продажей ЛС, когда практически все ЛС можно свободно купить в аптеке без рецепта врача, за исключением наркотических, психотропных и сильнодействующих ЛС, подлежащих национальному контролю.

Наименьшая доля среди наличных выплат населения при получении услуг здравоохранения приходится на амбулаторный уровень. Однако нужно принимать во внимание, что значительная доля медицинских услуг, предоставляемых на уровне ПМСП, является бесплатной в рамках реализации ПГГ. Результаты, полученные в ходе обзора расходов домохозяйств на медицинские услуги, показывают, что в 2009 году 38% из тех, кто обращался за медицинскими услугами на амбулаторном уровне, делали какие-либо выплаты, средняя сумма расходов на одного обратившегося за медицинской помощью составила 131,1 сом. На консультацию медработника приходится 66% всех выплат, на лабораторные анализы – 32%, и 2% составляют другие выплаты. Как доля плативших, так и сумма сделанных выплат увеличилась по сравнению с этим же периодом в 2006 году, как в номинальном выражении, так и в реальном, хотя и незначительно.

**Таблица 6. Средние выплаты на амбулаторном уровне, 2009 г.**

	Консультация	Лаб. анализы	Др. выплаты	Транспорт	ВСЕГО
% производящих выплаты среди тех, кто обращался за мед.помощью	26,1	20,9	1,2	40,0	38,1
Средние оплаченные суммы среди тех, кто обращался за мед. помощью (сом)	86,7	41,4	3,1	32,3	131,2

В 2009 году за консультацию на амбулаторном уровне (т.е. оплата медицинскому персоналу, исключая оплату за лабораторные тесты) платили 26,1% обратившихся за медицинской помощью. После значительного снижения в период с 2000 г. по 2003 г. уровень «других выплат», связанных с консультацией (такие как оплата за лабораторные анализы), начиная с 2003 года имеет тенденцию к увеличению: в 2000 году этот показатель составил 32%, в 2004 году – 17 %, в 2006 году – 20%, а в 2009 г. – 21%. Кроме того, необходимо отметить, что меньше чем два процента сообщили о преподнесении подарка медицинскому персоналу во время консультации.



## **1.3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ**

### **1.3.1. Общая информация о реализации Программы государственных гарантий**

Программа государственных гарантий определяет объемы и виды медицинских услуг, предоставляемых гражданам бесплатно и на льготных условиях, в рамках утвержденных средств на текущий год по республиканскому бюджету и Социальному фонду. Предоставляемая льгота реализуется через механизм возмещения части стоимости лечения одного больного (компенсации суммы сооплаты) за счет государственных средств и средств ОМС.

В настоящее время в реализации ПГГ принимают участие все организации здравоохранения, функционирующие в секторе здравоохранения, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь: 66 ЦСМ, в состав которых входит 688 ГСВ; 26 ЦОВП; 16 юридически самостоятельных ГСВ; 36 стоматологических поликлиник; 2 самостоятельные станции скорой помощи. 99 организаций здравоохранения, предоставляющих стационарную помощь из них 29 противотуберкулезных организаций здравоохранения и 2 частные организации здравоохранения, работающие по Базовой программе ОМС; 199 поставщиков фармацевтических услуг.

В 2012 году в стационарных условиях было пролечено 860 745 пациентов, что практически на уровне предыдущего года, тогда как число визитов больных на амбулаторном уровне в 2012 году сократилось на 4,1% относительно 2011 года и составило 19,5 млн посещений. В стоматологических услугах проходят оздоровление менее 50% от числа нуждающихся больных, так как из-за высокого тарифа данный вид услуг недоступен части населения с низким прожиточным уровнем.

Средства республиканского бюджета, выделяемые на систему Единого плательщика направляются на предоставление медицинских услуг гражданам республики в рамках Программы государственных гарантий.

Следует обратить внимание, что согласно Закону КР «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» от 18.10.1999 года №112, пенсионеры, безработные граждане, официально зарегистрированные в государственной службе занятости населения, военнослужащие, дети до 16 лет и студенты, лица, получающие соц. пособия и приравненные к ним лица подлежат обязательному медицинскому страхованию за счет государственного бюджета в размере 1,5 минимальных расчетных показателей (150 сомов) в год. Однако в настоящее время из средств республиканского бюджета страховые взносы

выделяются только пенсионерам, детям до 16 лет и лицам, получающим социальные пособия.

До сих пор остаются незастрахованными некоторые категории населения, которые определены Законом «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике», такие как: военнослужащие и приравненные к ним лица, безработные, зарегистрированные в органах государственной службы занятости населения; учащиеся начальных профессиональных учебных заведений, студенты средних и высших профессиональных учебных заведений до достижения ими возраста двадцати одного года (кроме обучающихся заочно или на вечернем отделении). В соответствии с вышеуказанным Законом на медстрахование перечисленных граждан расчетная потребность в финансировании на ОМС из республиканского бюджета на 2012 год составила 415,6 млн. сомов. Несмотря на указанное, Законом КР «О республиканском бюджете на 2012 год», средства ОМС, выплачиваемые из республиканского бюджета на медстрахование детей, пенсионеров и лиц, получающих пособия, были утверждены лишь на 259,4 млн сомов, что составляет 62,4% от потребности.

В целях усиления социальной защиты граждан Кыргызской Республики и улучшения доступности населения к медицинским услугам по Программе государственных гарантий, а также финансирования организаций здравоохранения по результатам работы, постановлением Правительства КР «О переводе организаций здравоохранения, предоставляющих специализированную помощь, на финансирование в системе Единого плательщика» утвержден график перевода организаций здравоохранения, предоставляющих специализированную медицинскую помощь, на финансирование в системе Единого плательщика. Передача финансирования специализированных организаций в систему Единого плательщика предполагает выполнение ими Программы государственных гарантий обеспечения населения медико-санитарной помощью. Однако, помимо Программы госгарантий, утверждаемой постановлением Правительства КР, в республике существуют и действуют законы по каждой специализированной помощи, например, Закон КР «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Закон КР «Об онкологической помощи населению». В этих законах также отражены категории пациентов, имеющих право на бесплатное и льготное медицинское обслуживание, не всегда соответствующие критериям Программы госгарантий.

Очевидно, что при реформировании механизма финансирования специализированных организаций здравоохранения, необходимо разрешить противоречия в нормативных правовых актах республики касательно данных служб. В этой связи предлагается для организаций психиатрической, онкологической, гематологической помощи и сердечно-сосудистой хирургии определить государственные гарантии, которые будут носить целевой характер и распространяться только на ограниченные категории населения, имеющие льготы в

системе здравоохранения по Программе госгарантий. Кроме того, для перечисленных служб необходимо разработать методику финансирования в системе Единого плательщика при исполнении государственного задания, разработать и внедрить исполнение консолидированного бюджета по всем источникам финансирования (средства государственного базового и обязательного медицинского страхования, сооплаты населения, Фонда высоких технологий и специальные средства).

Для решения существующих проблем в секторе здравоохранения, особую актуальность приобретает необходимость привлечения дополнительного финансирования со стороны частного сектора, так как государственный бюджет не в состоянии обеспечить достаточный уровень притока инвестиций. В настоящее время на всех государственных уровнях в Кыргызстане рассматриваются вопросы сотрудничества государства с бизнес средой в различных отраслях, в том числе социальной сфере (здравоохранение, образование). При этом государство ориентируется на выполнение функций, связанных с общенациональными интересами, а бизнес среда, является источником прироста общественных благ. По зарубежному опыту одним из прогрессивных способов такого сотрудничества является государственно-частное партнерство. Государственно-частное партнерство позволяет привлечь частные инвестиции в различные проекты, имеющие важное государственное и социальное значение, а также появляется возможность использования управленческого опыта частных предпринимателей в улучшении качества предоставления общественных услуг. По опыту зарубежных стран и стран ближнего зарубежья, наблюдается динамика роста участия бизнеса в совместных с государством инфраструктурных проектах. Результатом использования различных моделей государственно-частного партнерства являются решение проблем по привлечению дополнительных инвестиций, эффективного менеджмента и повышение качества социальных обязательств государства перед населением страны, внедряются новые технологии, снижается бюджетная нагрузка, улучшается качество оказываемых услуг.

Данная концепция не находит своего применения в лечебных учреждениях по причине отсутствия четко разработанных нормативно-правовых документов, регламентирующих данный процесс. Так, в 2012 году была сделана попытка некоторых лечебных учреждений перевести производственный отдел питания на хозяйственный расчет, но из-за отсутствия нормативно-правовых документов данная работа осталась невыполненной. В родовспомогательных лечебных учреждениях г. Бишкек из общего количества коек стоимость сервисных услуг одного дня пребывания в одноместных палатах составляет 232 сома. Обращает на себя внимание низкая стоимость сервисных услуг, что не позволяет улучшать условия пребывания пациентов в сервисных палатах, поскольку не может покрывать расходы на ремонт палат, приобретение новой мебели и бытовой техники, поддержки в

рабочем состоянии санитарно-технического оборудования, установку душевых кабин и т.д. Поэтому с целью снижения нагрузки на государственный бюджет предлагается рассмотреть вопрос увеличения количества сервисных палат и повышения тарифов на сервисные услуги.

Также при освещении данного вопроса следует остановиться на следующей проблеме. Основным доходным источником специального счета являются поступления от оказания медицинских услуг. В удельном весе от общего объема поступлений в лечебных учреждениях третичного уровня проходят предоставление платных услуг больным, поступившим из регионов, затраты на которых ложатся на пролеченный случай того лечебного учреждения, в котором проходит обследование. В данном случае Фонду ОМС следует пересмотреть вопрос перераспределения средств по механизму «Деньги за пациентом». Так, только по одному исследованию на аппарате УЗИ в Национальном центре охраны материнства и детства нагрузка на пролеченный случай 2012 года больных г. Бишкек составила 163,0 тыс. сомов.

Исходя из основных задач и функций, предусмотренных в утвержденных постановлениями Правительства КР Положениях Министерства здравоохранения КР и Фонда ОМС в 2012 году, еще не проведены анализ и мониторинг того, насколько повлияло применение системы Единого плательщика на выполнение совершенствования качества медицинских услуг, предоставляемых поставщиками профилактических, медицинских, фармацевтических услуг в рамках Программы государственных гарантий.

Медицинская помощь на *первичном уровне* предоставляется фельдшерско-акушерскими пунктами, Группами семейных врачей, Центрами семейной медицины и Центрами общеврачебной практики. На первичном уровне доступ к услугам имеют 5 395,9 тыс. граждан республики, приписавшиеся к ГСВ, что составляет 94,6% от всего населения.

**Таблица 7. Объемы средств, направляемых на реализацию Программы государственных гарантий по видам оказываемых медицинских услуг (млн сом)**

	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Бюджет</b>	<b>3 863,4</b>	<b>5 986,6</b>	<b>8 394,9</b>
Стационары	2 214,4	3 491,7	4 787,0
ПМСП	1 649,0	2 494,9	3 607,8
<b>ОМС</b>	<b>1 105,0</b>	<b>1 321,6</b>	<b>1 504,7</b>
Стационары	575,2	748,5	892,0
ПМСП	335,7	351,4	480,3
Прочие расходы	194,1	221,7	132,4
<b>Всего ПГГ</b>	<b>4 968,4</b>	<b>7 308,2</b>	<b>9 899,6</b>

В Фонд ОМС средства в виде страховых взносов поступают из республиканского бюджета на ОМС детей до 16 лет, пенсионеров и лиц, получающих соцпособия, и от предприятий, организаций и учреждений на ОМС работающих граждан через Социальный фонд. Указанные средства используются на реализацию Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне и Базовой программы ОМС, которая является составной частью Программы государственных гарантий по обеспечению медико-санитарной помощью граждан республики, ежегодно принимаемой Правительством КР.

Отсутствие взаимодействия с органами по миграции и занятости по уточнению приписанного и отсутствующего населения, а также формирование базы бюджета Фонда ОМС по информации Социального фонда имеют риски, влияющие на формирование бюджета по подушевому нормативу, из-за несовершенства информационной базы данных Социального фонда.

При формировании бюджетов ГСВ ЦСМ не принимаются во внимание вопросы внутренней и внешней миграции населения республики, скрытой миграции. Так, по данным НСК, за пределами страны находится 31 343 человек на 01.01.2013 года. В соответствии с Методикой расчета базовых нормативов финансирования медико-санитарной помощи, оказываемой гражданам Кыргызской Республики, утвержденной постановлением Правительства КР от 13.06.2008 г. №300, в редакции постановления Правительства КР от 18.02.2011 года №53, если учесть данные по миграции, то расчет бюджета составит на 12,5 млн сомов меньше. Аналогично при анализе «Сведений о численности населения за 2011–2012 годы» обращает на себя внимание тот факт, что по данным Демографического ежегодника с сайта Нацстаткомитета идет разрыв данных с отчетной формой №7 «Отчет о количестве приписанных граждан к ЦСМ/ГСВ». В результате расчеты, проведенные Счетной палатой Кыргызской Республики, показали потери бюджета на сумму 57,8 млн сомов.

### **1.3.2. Распределение расходов на реализацию Программы государственных гарантий по уровням оказания медицинской помощи**

Консолидированные затраты (республиканский бюджет, местный бюджет г. Бишкек и средства ОМС) организаций здравоохранения на оказание *первичной медико-санитарной помощи* по Программе государственных гарантий за 2012 год в разрезе регионов выглядят следующим образом:

**Таблица 8. Структура расходов ОЗ на уровне ПМСП (млн сом)**

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Зарплата + СФ	1 490,2	2 281,4	2 802,0
Коммун. услуги	60,1	68,9	70,4
Медикаменты	236,3	252,9	297,3
Питание	10,8	13,9	14,3
Прочие расходы	187,3	229,2	263,8
<b>Всего</b>	<b>1 984,7</b>	<b>2 846,3</b>	<b>3 447,8</b>

Заработная плата врачей первичной медико-санитарной помощи за 12 месяцев 2012 года по сравнению с аналогичным периодом 2011 года, увеличилась на 23% и составила в среднем 9 439,7 сомов, среднего медицинского персонала – на 29,1% (8 218,9 сом), младшего медицинского персонала – на 53,6% (4 537,0 сом).

В структуре бюджета организаций первично медико-санитарной помощи расходы на заработную плату мед. персонала составили 81,3%, прямые расходы на пациента составили 18,7%.

Медицинская помощь по ПГГ на *стационарном уровне* предоставляется центрами общеврачебной практики, территориальными, областными и республиканскими больницами общего профиля и отдельными специализированными стационарами. В 2012 году в стационарах, работающих в системе Единого плательщика, пролечено 948,7 тыс. больных, что на 6,7 тыс. или на 0,7% больше, чем в 2011 году.

**Таблица 9. Структура расходов стационаров (млн сом)**

	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Зарплата + СФ	1 662,2	2 798,0	3 919,7
Коммун. услуги	219,1	253,9	276,0
Медикаменты	438,8	589,0	763,3
Питание	193,9	220,2	254,2
Прочие расходы	275,6	379,1	485,0
<b>Всего</b>	<b>2 789,6</b>	<b>4 240,2</b>	<b>5 698,2</b>

Использование стационарных услуг из года в год увеличивается. За период с 2006 года количество пролеченных случаев в стационарах республики увеличилось с 744,4 тыс. случаев до 944,7 тыс. случаев в 2011 году (2007 г. – 848,1 тыс., 2008 г. – 854,0 тыс., 2009 г. – 901,5, 2010 г. – 934,0). Уровень госпитализации в 2008 году – 152 больных на 1000 человек при плановых 125, а в 2012 году – 170 на 1000 человек при плановых 147. Повышение уровня госпитализации сопровождается сокращением

средней длительности пребывания в стационаре, что свидетельствует о снижении качества предоставляемых медицинских услуг на первичном уровне и, следовательно, дополнительной нагрузке на стационарном уровне учреждений здравоохранения.

По итогам 2012 года в сравнении с 2011 годом отмечен рост в 2,6 раза выявленных экспертами ТУ ФОМС необоснованных госпитализаций в стационары республики с 597 случаев в 2011 году до 1542 случаев в 2012 году.

Достижение эффективности является одной из основных задач программ реформирования сектора здравоохранения. Избыточные больничные мощности унаследованной системы потребляли все больше и больше снижающихся государственных ресурсов. В практическом применении это означало, что 75% государственного бюджета шло на покрытие фиксированных затрат, таких как коммунальные услуги, и оплату персонала, и только 25% затрачивалось на прямые медицинские расходы на пациента, такие как медикаменты и предметы медицинского назначения и питание. Вследствие высокой стоимости медикаментов и предметов медицинского назначения пациентам приходилось покрывать их стоимость. Таким образом, неэффективность приводила к слабой финансовой защите. Следующий аспект неэффективности был связан с тем, что очень малая доля всего финансирования сектора здравоохранения приходилась на первичную медико-санитарную помощь в сравнении с долей финансирования стационаров. Советская медицина страдала от излишней госпитализации, даже при таких заболеваниях, которые можно было лечить в условиях ПМСП (напр., астма, язва желудка, анемия и т.д). Не беря во внимание то, какое воздействие это оказывало на пациентов, следует отметить, что при такой системе неэффективно использовались огромные средства. Реформы, проводимые в рамках Национальной программы «Манас», привели к повышению эффективности по этим направлениям. Во-первых, госпитальные мощности сократились на 40%, что привело к экономии средств за счет сокращения коммунальных услуг и заработной платы персоналу, и возросла доля ресурсов, направляемых на прямые медицинские расходы, то есть расходы на питание и медикаменты. Во-вторых, выросла доля финансирования, направляемая на уровень ПМСП. Однако, отслеживание этих индикаторов оставалось актуальным как в ходе реализации программы «Манас таалими», так и в настоящее время, когда реализуется программа «Ден соолук».

**Таблица 10. Индикаторы эффективности государственных расходов на ПГГ (в %)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Прямые медицинские расходы как доля от общих государственных расходов на уровне стационаров в рамках ПГГ	21,2%	29,3%	29,9%	29,5%	22,7%	19,1%	17,9%
Доля государственных затрат на ПМСП от общих государственных расходов в рамках ПГГ	33,9%	37,9%	38,1%	37,7%	39,9%	38,9%	41,3%

Как показывают вышеприведенные индикаторы, расходы на амбулаторную помощь продолжают увеличиваться. Данная ситуация является подтверждением того, что происходит смещение акцентов от более затратной стационарной лечебной помощи к более доступной амбулаторной, что в свою очередь оказывает непосредственное влияние на доступность медицинских услуг для всех категорий населения республики и снижает финансовое бремя. Однако при этом необходимо учитывать, что расходы на ПМСП также не могут увеличиваться постоянно в ущерб другим уровням предоставления медицинской помощи.

Более того, сопоставление таких показателей, как повышение уровня финансирования, сокращение количества обращений населения и роста уровня заболеваемости, указывает на необходимость пересмотра подходов к повышению эффективности деятельности ПМСП. В частности, одним из факторов недостаточной эффективности предоставления медицинской помощи населению на первичном уровне здравоохранения может быть существующая система подушевого финансирования, в которой не закреплена положительная мотивация по улучшению показателей здоровья для населения. В связи с этим становится актуальным вопрос дальнейшего развития механизмов финансирования ПМСП, которые позволяли бы осуществлять финансирование, основываясь не только на количестве обслуживаемого населения, но и в зависимости от результатов, достигнутых организациями здравоохранения.

Также надо отметить, что в больничном секторе имеет место нерациональное распределение больничных коек по уровням оказания медицинской помощи (местный, районный, областной), в результате чего неудовлетворительно используются больничные койки в маломощных больницах, и перегружены крупные многопрофильные больницы и специализированные центры. Отсутствует интеграция в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения в использовании маломощных стационаров для организации медико-социальной помощи населению.



В силу концентрации специализированных видов помощи и новейших медицинских технологий в республиканских медицинских организациях, углубляется разрыв в доступности качественной стационарной помощи населению, проживающему в городах, и жителям небольших городских поселений и сельской местности.

Необходимо в ближайшее время значительно активизировать работу на территориях по развитию первичной медико-санитарной помощи и повышению эффективности использования больниц. В каждом регионе следует сформировать программу оптимизации медицинских учреждений. Программы должны включать развитие общих врачебных практик, перепрофилирование или выведение из системы здравоохранения части финансово необеспеченных и неэффективно используемых мощностей медицинских организаций, перемещение части услуг первичного звена медико-санитарной помощи на амбулаторный этап без ущерба для пациентов.

Обратная тенденция наблюдается с показателем по прямым расходам на пациента, доля которых в общих расходах стационаров начала снижаться. В первую очередь это обусловлено повышением расходов на оплату персонала в результате значительного повышения заработной платы медицинским работникам в 2011 году. При этом, в ходе аудиторской проверки, проведенной Счетной палатой Кыргызской Республики, было выявлено, что фактический фонд заработной платы значительно превышает фонд, исходя из установленных Правительством должностных окладов с надбавками и дополнительной заработной платой на утвержденную министерством штатную численность. В результате в организациях здравоохранения образуются значительные суммы экономии фонда заработной платы, за счет которой производятся выплаты дополнительной заработной платы, используя механизм коэффициента трудового участия. В 2010 году из средств республиканского бюджета на КТУ было использовано 73,6 млн сомов, в 2011 году – 108,8 млн. сомов и в 2012 году по предварительным данным – 102,1 млн сомов (без учета местного бюджета г. Бишкек).

Необходимо отметить, что в ходе проведения Счетной палатой аудита в Министерстве здравоохранения был проведен анализ соблюдения норм расходов на питание и медикаменты. Сравнительный анализ норм расходов на питание и медикаменты на одного больного в организациях здравоохранения показал на неравномерность распределения средств по больницам. Несмотря на постановление Правительства КР, установившее единые нормы на питание и медикаментозное лечение, Минздрав в целях погашения имеющейся кредиторской задолженности на начало года, т.е. при планировании бюджета, установил план на 1 койко-день с учетом кредиторской задолженности на питание от 30 до 102 сомов, и на медикаментозное лечение – от 54 до 73 сомов. Так аудитом установлено

дополнительное списание денежных средств из остатков продуктов питания, приобретенных в 2011 году на сумму 5 106,8 тыс. сомов.

Несмотря на то что в абсолютных значениях государственное финансирование сектора здравоохранения увеличивалось в течение последних лет, включая рост расходов на ПГГ, однако в это же время отмечается рост финансового разрыва ПГГ на стационарном уровне, который возрос почти до 35% в 2010 году относительно 27,5% в 2009 году<sup>9</sup>. Покрытие данного финансового разрыва ложится дополнительным финансовым бременем на пациентов, вынуждая их осуществлять неформальные выплаты при госпитализации.

В целом, по результатам проверок организаций здравоохранения республики, Счетной палатой КР был сделан вывод о низкой эффективности менеджмента в данных учреждениях, что обусловлено недостаточным уровнем обеспечения лечебного процесса, в котором важное место занимает лекарственное обеспечение пациентов. Наряду с внесением сооплаты при госпитализации, пациентам приходится дополнительно приобретать и лекарственные средства.

Несмотря на то что большую часть ЛС пациенты приобретают самостоятельно, инспекторами Счетной палаты в ряде лечебных учреждений были выявлены факты наличия сверхнормативного запаса лекарственных средств, наличия ЛС с просроченными сроками хранения и др. Сверхнормативные запасы медикаментов, в соответствии с «Инструкцией о порядке проведения зачета сверхнормативных запасов товарно-материальных ценностей и остатков средств в расчетах по годовым отчетам при финансировании бюджетных учреждений», утвержденной постановлением Правительства КР от 03.11.2011 г. №694, составили сумму 172 275,3 тыс. сомов.

В связи с этим, особую актуальность приобретают вопросы рационального использования ЛС, проведение экспертной оценки по эффективному использованию ЛС, условиям их хранения и другим аспектам ведения лекарственного менеджмента. На первый план выходит задача по усилению механизмов государственного регулирования, направленного на рациональное использование ресурсов и минимизацию затрат. Одним из основных механизмов регулирования и эффективного использования бюджетных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение, является фармоэкономический анализ, позволяющий определять потребность лечебных учреждений в ЛС..

Обзор исследований по лекарственному менеджменту в КР показал, что подобные исследования проводились лишь ВОЗ в 2012 году в пенитенциарной системе. По результатам исследования были получены следующие выводы:

---

<sup>9</sup> Документ исследования политики № 79, «Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика», Центр анализа политики здравоохранения, 2012 г.

«закупка ЛС проводится не в соответствии с Перечнем жизненноважных лекарственных средств (ПЖЛВС), при планировании закупок не производится ABC/VEN-анализа. При закупке медицинского оборудования не привлекаются эксперты, работавшие непосредственно на аналогичном оборудовании, что приводит к нерациональному планированию и закупкам». На основе полученных выводов были представлены следующие рекомендации: для улучшения качества лекарственного менеджмента, закупки лекарств следует производить на основе ABC/VEN-анализ, с учетом заболеваемости и утвержденных приоритетных заболеваний в стране, а также в соответствии с ПЖЛВС, принятым в гражданском секторе здравоохранения, и клиническими протоколами, утвержденными МЗ КР. Для этого необходимо организовать обучение медицинского персонала по вопросам лекарственного менеджмента, включая планирование/прогнозирование потребностей в ЛС (ABC/VEN-анализ). С высокой долей вероятности можно предположить, что подобные рекомендации будут актуальны и к общей системе здравоохранения.

## 2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБЗОРА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП

В рамках проведения исследования по оценке финансирования организаций ПМСП и доступности медицинских услуг первичного здравоохранения был проведен сбор первичных данных в трех областях республики, в каждой из которых было отобрано по два района.

**Таблица 11. Объекты исследования**

Область	Район
Чуйская	Панфиловский
	Кеминский
Иссык-Кульская	Иссык-Кульский
	Тонский
Ошская	Кара-Суйский
	Ноокатский

В ходе сбора данных по отобранным районам была проведена оценка мощностей организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Количество обслуживаемого населения варьировалось от 42,9 тысяч человек в Панфиловском районе до 324,1 тыс. человек в Кара-Суйском районе. Так как основной акцент при предоставлении услуг на уровне ПМСП делается на семейных врачей, то также были собраны данные, касающиеся количества семейных врачей и средней нагрузки на них.

**Таблица 12. Общая информация в разрезе районов**

	Население (чел.)	Количество семейных врачей	Средняя нагрузка на врачей (чел.)	Кол-во ГСВ
Панфиловский	42681	29	1472	10
Кеминский	50137	38	1319	6
Иссык-Кульский	62108	24	2588	11
Тонский	45385	16	2837	6
Ноокатский	127501	29	4397	22
Кара-Суйский	324144	163	1989	27

Несмотря на то, что наибольшее количество населения проживает в Кара-Суйском районе, наибольшая нагрузка на одного семейного врача была отмечена в Ноокатском районе (4397 человек), где на 127,5 тыс. человек приходится всего 22 семейных врача. Наименьшая же нагрузка приходится на семейных врачей в Кеминском районе – 1319 человек. Наибольшее количество семейных врачей

осуществляют свою деятельность в наиболее населенном Кара-Суйском районе – 163 врача, что позволяет им держать уровень нагрузки менее 2000 человек.

Одним из ключевых показателей доступности медицинских услуг населению является укомплектованность кадрами организаций здравоохранения. Полученные данные показывают, что практически во всех районах штатная численность медицинского персонала превышает количество занятых ставок. При этом, наибольший разрыв между ними отмечен в Кара-Суйском районе (19,75 ставки), тогда как в ЦСМ Иссык-Кульского района количество штатных и занятых ставок не разнилось.

**Таблица 13. Укомплектованность кадрами организаций здравоохранения ПМСП**

		Врачи, всего	Семейные врачи	Узкие специалисты	Средний мед. персонал
Панфиловский	Штат.	71,75	23,5	23,75	160
	Занятые	58,25	18,25	18,25	160
	Физ. лица	42	13	16	163
	<i>Козф-т совм-ва</i>	1,4	1,4	1,1	1,0
Кеминский	Штат.	52,5	26,25	17,5	99,5
	Занятые	50,25	26,25	17,5	98
	Физ. лица	31	18	13	84
	<i>Козф-т совм-ва</i>	1,6	1,5	1,3	1,2
Иссык- кульский	Штат.	59,5	26,5	27,75	102,5
	Занятые	59,5	26,5	27,75	102,5
	Физ. лица	52	27	25	116
	<i>Козф-т совм-ва</i>	1,1	1,0	1,1	0,9
Тонский	Штат.	36,75	21,5	15,25	73,75
	Занятые	27,75	17,25	10,5	70,75
	Физ. лица	20	15	5	69
	<i>Козф-т совм-ва</i>	1,4	1,2	2,1	1,0
Кара-суйский	Штат.	230,75	146,75	84	709
	Занятые	211	138,25	72,75	713,75
	Физ. лица	163	109	54	618
	<i>Козф-т совм-ва</i>	1,3	1,3	1,3	1,2

Необходимо отметить, что полученные данные могут косвенно указывать на то, что руководители организаций путем сохранения вакантных позиций создают экономию фонда оплаты труда, что в дальнейшем позволяет им распределять ее в виде дополнительной заработной платы через КТУ и премии.

Важным индикатором является коэффициент совместительства, который показывает, насколько укомплектованы организации здравоохранения ПМСП квалифицированными врачами. В целом, коэффициент совместительства по врачебному персоналу варьирует от 1,1 в Иссык-кульском районе до 1,6 в Кеминском районе. Однако необходимо обратить внимание на то, что в большинстве обследованных организаций ситуация с обеспеченностью семейными врачами хуже, чем узкими специалистами. Более стабильная ситуация наблюдалась лишь в Кара-Суйском районе, где коэффициент совместительства как для семейных врачей, так и для узких специалистов составил одинаковую величину – 1,3. Также, более благоприятная ситуация отмечается в Иссык-Кульском районе, но надо отметить, что в этом районе в целом коэффициент совместительства низкий для всех категорий медицинского персонала.

Кроме того, в ходе интервью руководители организаций здравоохранения отмечали, что среди семейных врачей высокий процент работников пенсионного или предпенсионного возраста. Данное обстоятельство, наряду с тем, что в организации ПМСП районного уровня не приезжают молодые специалисты, в будущем может еще больше усугубить ситуацию с укомплектованностью врачебным персоналом и негативно сказаться на доступности медицинских услуг для населения, в особенности в сельской и отдаленных местностях. Гораздо лучше обстоят дела с укомплектованностью средним медицинским персоналом, что обусловлено с одной стороны тем, что их подготовкой занимаются медицинские училища, которые имеются в каждой области республики, а с другой стороны значительное повышение заработной платы медицинским работникам в 2011 году послужило положительной мотивацией для медицинских сестер при устройстве на работу в организации здравоохранения.

Вопрос влияния повышения заработной платы на мотивацию врачебного персонала нуждается в отдельном анализе. Однако, исходя из мнений, полученных в ходе интервью с руководителями организаций здравоохранения, можно сделать вывод, что на первичном уровне данный шаг не достиг своих целей в полной мере. Более того, полученные данные показывают, что в большинстве организаций разница между заработной платой семейных врачей и узких специалистов сократилась, что также повлияло на снижение привлекательности для врачебного персонала позиции семейного врача.

**Таблица 14. Сравнение заработной платы медицинского персонала до и после повышения (сом)**

		Врачи, всего		Семейный врач		Узкие специалисты		Средний мед.персонал	
		2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012
Панфиловский	основная	3406	7990	3406	7750	3406	5309	3208	8272
	дополнительная	871	1090	871	1260	871	1260	723	1076
	<b>Всего</b>	<b>4277</b>	<b>9080</b>	<b>4277</b>	<b>9010</b>	<b>4277</b>	<b>6569</b>	<b>3931</b>	<b>9348</b>
Тонский	основная	4299	10678	5330	11090	3269	10267	3871	9261
	дополнительная	2806	4252	2744	4152	2867	4352	2659	3907
	<b>Всего</b>	<b>7105</b>	<b>14930</b>	<b>8074</b>	<b>15242</b>	<b>6136</b>	<b>14619</b>	<b>6530</b>	<b>13168</b>
Ноокатский	основная	4577	9022	4577	9022			2851	6235
	дополнительная	4008	7493	4008	7493			1552	2988
	<b>Всего</b>	<b>8585</b>	<b>16515</b>	<b>8585</b>	<b>16515</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4403</b>	<b>9223</b>
Кара-Суйский	основная	3749	7724	4505	8233	2994	7214	3049	7516
	дополнительная	1980	4472	2235	4653	1725	4292	1588	3236
	<b>Всего</b>	<b>5729</b>	<b>12196</b>	<b>6739</b>	<b>12886</b>	<b>4719</b>	<b>11506</b>	<b>4637</b>	<b>10752</b>

В целом же, если сравнить долю затрат, которые организации здравоохранения ПМСП расходуют непосредственно на пациентов, то можно увидеть, что она значительно ниже той, что рекомендуется Министерством здравоохранения и в целом варьирует в диапазоне от 4,2% до 12%. При этом, большая доля прямых расходов на пациента приходится на приобретение медикаментов, что обусловлено спецификой предоставления амбулаторной помощи в отличие от стационарной. Однако, некоторые организации здравоохранения ПМСП все-таки выделяют средства и на обеспечение питанием. Данные расходы имеют место либо в Центрах общей врачебной практики (ЦОВП), либо при наличии ГСВ с койками, где помимо амбулаторной, предоставляется и стационарная помощь.

**Таблица 15. Соотношение затрат по видам расходов (в %)**

	Панфиловский					Кеминский				
	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего

Расходы на инфраструктуру (зарплата, отчисления в СФ, комм. усл., транс. расх., оборуд., прочие)	94,4 %	60,5 %	99,9 %	45,0 %	88,6 %	94,5 %	89,5 %	91,7 %	46,6 %	93,7 %
Прямые расходы на пациента (питание + ЛС)	5,6%	39,5 %	0,1%	55,0 %	11,4 %	5,5%	5,6%	8,3%	53,4 %	5,7%

	Иссык-Кульский					Тонский				
	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего
Расходы на инфраструктуру (зарплата, отчисления в СФ, комм. усл., транс. расх., оборуд., прочие)	96,5 %	78,3 %	80,9 %	59,2 %	94,0 %	93,7 %	62,6 %	66,3 %	1,9%	88,0 %
Прямые расходы на пациента (питание+ЛС)	2,5%	16,2 %	4,1%	40,8 %	4,4%	6,3%	37,4 %	33,7 %	98,1 %	12,0 %

	Ноокатский					Кара-Суйский				
	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего	РБ	ОМС	Спец. средства	Сооплата	Всего
Расходы на инфраструктуру (зарплата, отчисления в СФ, комм. усл., транс. расх., оборуд., прочие.)	98,4 %	76,8 %	100%	2,8%	94,6 %	98,6 %	84,1 %	67,7 %	36,2 %	95,8 %
Прямые расходы на пациента (питание + ЛС)	1,6%	23,2 %	0,0%	97,2 %	5,4%	1,4%	15,9 %	32,3 %	63,8 %	4,2%



Средства, поступающие из республиканского бюджета, в основном направляются для финансирования инфраструктуры, тогда как средства из других источников руководители организаций здравоохранения в большей степени могут направлять на закупку медикаментов и изделий медицинского назначения.

### 3. ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА НАСЕЛЕНИЯ

#### 3.1. Характеристика опрошенных респондентов

С целью оценки предоставляемых услуг населению был проведен опрос следующих категорий пациентов:

1. Пациенты с гипертонической болезнью
2. Пациенты с диабетом 2 типа
3. Пациенты с ХОЗЛ
4. Беременные женщины (третий триместр беременности)
5. Родители детей до 5 лет

Всего было опрошено 242 респондента по вышеперечисленным категориям. В рамках планируемой методологии планировалось опросить по каждой нозологии 20 пациентов в каждом регионе. Однако по некоторым заболеваниям (ХОЗЛ, диабет 2 типа) было невозможно набрать необходимое количество пациентов, поскольку данная категория не часто посещает врачей ГСВ.

**Таблица 16. Распределение опрошенных респондентов по категориям в областном разрезе (респонденты)**

Категория респондентов	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Ошская область	Всего
1. ГБ	20	18	20	58
2. Диабет 2 типа	10	14	10	34
3. ХОЗЛ	14	10	10	34
4. Беременные	20	20	20	60
5. Дети до 5 лет	18	18	20	56
<b>Всего</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>242</b>

Среди опрошенных пациентов преобладает доля женщин, т.к. большинство опрошенных являлись женщинами с детьми до 5 лет и беременными (84%).

Среди опрошенных респондентов, имеющих другие 3 заболевания (ХОЗЛ, ГБ и диабет 2 типа) доля мужчин составила 15,1%, что может указывать на то, что большинство мужчин не состоят на учете по поводу данных заболеваний и не обращаются к врачу.

Средний возраст опрошенных респондентов составил 43,2 года. Среди пациентов с ГБ и ХОЗЛ средний возраст составил 58,6, с диабетом 2 типа – 57,1. Среди беременных женщин средний возраст составил 27 и 28,5 лет (средний возраст опрошенных родителей детей до 5 лет). (Таблица 14 )

**Таблица 17. Средний возраст респондентов.**

Категория респондентов	Средний возраст пациентов (лет)
Гипертоническая болезнь (ГБ)	58,6
Диабет 2 типа	57,1
ХОЗЛ	58,6
Беременность	27,0
Родители детей до 5 лет	28,9
<b>Средний возраст всех респондентов</b>	<b>43,2</b>

Большинство опрошенных респондентов в момент опроса отметили, что не работают (47,4%), пенсионеры составили 32,3%, пациенты, которые работают в государственных учреждениях, составили 13%, и 4,6% респондентов являлись сотрудниками частного сектора (частные предприятия, фермерские хозяйства и др.) (Таблица 15)

**Таблица 18. Социальный статус респондентов**

Категория респондентов по социальному статусу	Доля, (%)
1. Безработные	47,4
2. Пенсионеры	32,3
3. Гос. служащие	13,0
4. Работники частного сектора	4,6
5. Другое	2,7

Чуть более половины опрошенных пациентов (52%) были приписаны к ГСВ, которая расположена в районном ЦСМ, и 48% опрошенных были приписаны к ГСВ, которая расположена вдали от ЦСМ (10–60 км).

### 3.2. Оценка удовлетворенности последним визитом в ГСВ

Последний визит большинства респондентов в ГСВ был связан с профилактическим осмотром (Таблица 16). Подавляющее большинство беременных женщин посещали врача в связи с необходимостью регулярного наблюдения - 86,6%. Среди детей до 5 лет большинство родителей посещают врача с целью профилактических осмотров с детьми до 1 года (46,4%). Среди детей с родителями, которые были по поводу заболевания ребенка, преобладали дети от 1 года до 5 лет (53,6%). Среди пациентов с гипертонической болезнью и диабетом 2 типа большинство посещали врача с целью профилактики, и часть обращались в ГСВ в связи с ухудшением состояния по основному заболеванию.

**Таблица 19. Причины последнего визита в ГСВ (в %)**

	ГБ	Диабет	ХОЗЛ	Беременные	Дети до 5 лет
Регулярный профосмотр	60,4	50,0	38,2	86,6	46,4
Ухудшение состояния здоровья по основному заболеванию/состоянию	39,6	24,0	23,5	6,6	53,6
Ухудшение состояния здоровья, не связанное с основным заболеванием	-	-	38,2	6,6	-
За лекарствами		26,0	-	-	-

Опрос пациентов по поводу того, кто больше вовлечен в лечение их заболевания, показал, что большинство пациентов обращаются по поводу своей болезни и состояния к семейным врачам, а к узким специалистам – только при возникших осложнениях. Необходимо отметить, что среди данных пациентов преобладают пациенты с ГБ, дети и беременные женщины, которые пришли на профилактические осмотры.

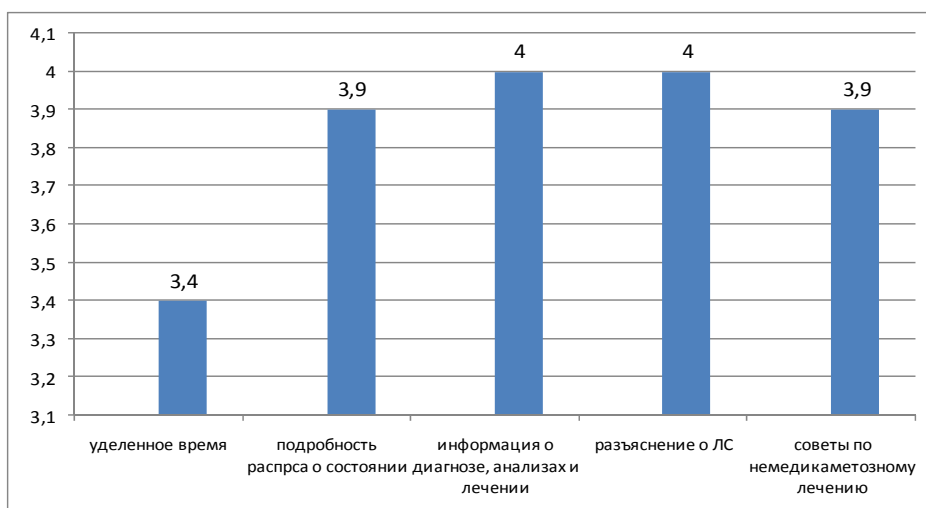
Пациенты с ГБ и имеющие сопутствующие сердечные заболевания чаще всего обращаются к кардиологу. Практически все пациенты с диабетом 2 типа ведутся только узкими специалистами – эндокринологами, семейные врачи ГСВ не вовлечены в лечение диабета. Необходимо отметить, что эндокринологи имеются только на уровне районных ЦСМ, и большинство пациентов с диабетом 2 типа, приписанных к ГСВ, расположенных вне ЦСМ, вынуждены постоянно иметь затраты, связанные с проездом до ЦСМ. Выдача бесплатных сахароснижающих медикаментов также производится только на уровне ЦСМ.

**Таблица 20. Мнение пациентов по поводу оказания услуг семейными врачами (в %)**

	Чуйская область	Иссык-Кульская Область	Ошская область
Чаще всего я обращаюсь к своему семейному врачу (или терапевту) по поводу своей болезни. Я иду к специалисту только когда возникают осложнения.	65,0	72,0	63,7
Мой семейный врач (или терапевт) выписывает лекарства, но периодические осмотры и решения по ведению заболевания делает и принимает узкий специалист (кардиолог, эндокринолог)	24,5	18,7	23,0
Мой семейный врач (или терапевт) не вовлечен в лечение моего заболевания.	9,5	9,3	13,3

В целом, последний визит в ГСВ был оценен респондентами положительно, средняя оценка по 5-балльной шкале по всем параметрам составила 3,8 баллов (Рисунок 18). В среднем на 4,0 балла оценили респонденты предоставление врачами информации о том, какие анализы и для чего нужно сдавать, какое нужно проводить лечение и т.д. (для новорожденных: как ухаживать, на что обращать внимание, какие прививки необходимы), какие лекарства нужно принимать при том или ином заболевании. Наиболее низким балом (3,4 балла) оценено респондентами, достаточно ли времени, которое врач уделяет пациенту во время приема. В среднем по 3,9 баллов опрошенные пациенты оценили то, насколько подробно врач расспрашивал их о заболевании или состоянии, их самочувствии, симптомах, улучшении и т.п.

**Рисунок 15. Средняя оценка удовлетворенности последним визитом в ГСВ (по 5-балльной шкале)**



### 3.3. Оценка качества услуг ГСВ, оказываемых беременным женщинам

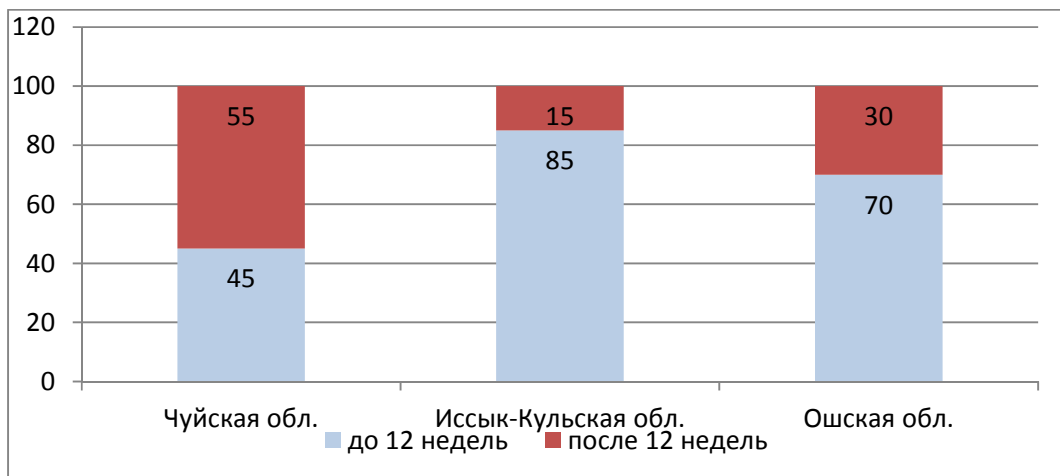
Среди индикаторов оценки качества услуг беременным женщинам проведена оценка по следующим основным параметрам, которые являются обязательными согласно утвержденным клиническим протоколам по ведению беременных женщин.

- Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности в срок до 12 недель;
- Доля беременных женщин, получавших препараты йодида калия;
- Доля беременных женщин, получавших фолиевую кислоту

Кроме этого, в своей оценке мы обращали внимание на такие параметры качества услуг для беременных, как регулярное проведение антропометрических измерений, измерение кровяного давления и проведение анализа мочи при каждом посещении врача.

Результаты опроса показали следующее: доля женщин, вставших на учет до наступления 12 недель беременности, наиболее соответствующая в Иссык-Кульской области, большинство женщин (85%) были взяты на учет до наступления 12 недель беременности. Самый низкий показатель наблюдается в Чуйской области (только 45% встали на учет до 12 недель), в Ошской области 70% женщин были взяты на учет до 12 недель беременности. Нужно отметить, что посещение беременных врачами недостаточно регулярное: большинство беременных, которые находятся на 3-м триместре беременности, приходили на осмотр в среднем менее 5 раз.

**Рисунок 16. Доля беременных женщин, вставших на учет до 12 недель (в %)**



Согласно клиническому протоколу, рекомендовано в первый триместр беременности обязательное назначение фолиевой кислоты и йодсодержащих препаратов. Однако, в связи с тем что в среднем по республике только 66% женщин были взяты на учет до 12 недель беременности, соответственно показатель назначения фолиевой кислоты и йодсодержащих препаратов составил 65%. Это указывает на то, что всем женщинам, которые были взяты на учет в срок до 12 недель, была назначена фолиевая кислота и йодсодержащие препараты. Однако только половина опрошенных женщин принимала регулярно данные препараты, хотя все, кто получил назначение фолиевой кислоты и йода, отмечают, что врач разъяснил причину назначения препаратов.

Все опрошенные женщины отметили, что выписанные препараты они приобретали в аптеке за полную стоимость, и для многих было финансово затруднительно приобретать регулярно данные препараты.

Согласно указанному социальному статусу только около 6% (n = 4) опрошенных беременных женщин являлись работающими в государственных учреждениях и которым могли быть выписаны назначенные препараты в рамках Дополнительной программы ОМС для застрахованных граждан на амбулаторном уровне.

Антропометрические исследования, измерение артериального давления и анализ мочи при каждом посещении проводились у более 90% беременных женщин. Однако были отмечены случаи, когда за анализы в лаборатории ЦСМ брали оплату (и 20 – 50 сом), и очень часты случаи, когда женщин направляют в частные лаборатории для проведения дополнительных анализов, в том числе для определения уровня гемоглобина, хотя все лаборатории при ГСВ и ЦСМ проводят данный вид анализа.

Практически все опрошенные беременные женщины отметили, что постоянно получают от врачей информацию, об опасных признаках беременности и сбалансированном питании.

Таким образом, следует отметить, что качество антенатального наблюдения за беременными женщинами не всегда соблюдается в плане своевременного взятия на учет и регулярного приема необходимых препаратов, даже в тех случаях, когда врач объясняет значимость этих назначений.

### **3.4. Оценка качества услуг ГСВ для детей в возрасте до 5 лет.**

Среди индикаторов для оценки качества услуг ГСВ для детей в возрасте до 5 лет были выбраны:

- Доля детей, которых посетил специалист ГСВ после выписки из роддома
- Процент детей до 1 года, регулярно наблюдаемых врачом ГСВ (фельдшером ФАП).
- Процент детей до 5 лет, регулярно наблюдаемых врачом ГСВ (фельдшером ФАП).

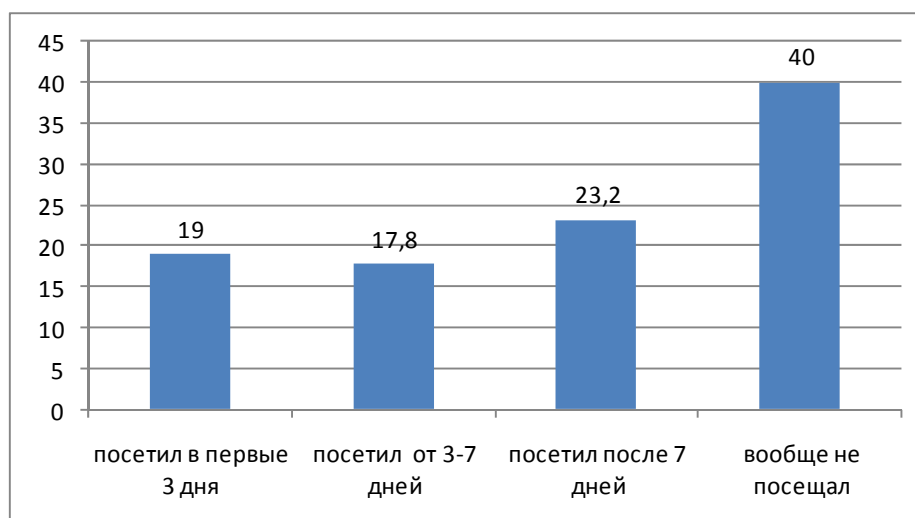
Также в процессе оценки обращалось внимание на такие параметры качества оказания услуг, как регулярное проведение антропометрических измерений ребенка и регулярное информирование о развитии ребенка.

У большинства опрошенных матерей детей до 1 года, которые составили 72% из всего количества опрошенных, посещение ЦСМ в момент опроса было связано с регулярным профилактическим осмотром. Остальные 28% опрошенных матерей имели детей от 1 года до 5 лет, все они были на приеме в ГСВ по поводу болезни или ухудшения состояния ребенка.

С целью своевременной постановки на учет новорожденного врач или фельдшер ГСВ должны посетить новорожденного на дому в течение первых 3 дней после выписки из роддома. Опрос матерей детей показал, что в 40% случаев врач или фельдшер ГСВ вообще не посещали новорожденного на дому, и только 19% отметили, что врач или фельдшер посетили их на дому в первые три дня после выписки из родильного дома.

#### **Рисунок 17. Посещение новорожденных на дому и взятие на учет (в %)**





Все опрошенные женщины отметили, что регулярно посещали с ребенком врача 1 раз в месяц до 1 года, однако после 1 года все опрошенные матери отметили, что посещают врача ГСВ только для получения прививок или при ухудшении состояния ребенка.

В отношении проведения антропометрических исследований более 95% респондентов отмечают регулярное их проведение.

В отношении информирования матерей: значительно большее число респондентов отметили, что их информируют по различным аспектам по уходу и развитию ребенка (Таблица 18). В Иссык-Кульской области более 2/3 опрошенных матерей получили всю надлежащую информацию. Однако в Чуйской области число матерей, отметивших отсутствие любого информирования, составило более 16% опрошенных, и лишь четверть отметили, что были проинформированы о признаках опасных заболеваний детей.

Около 45% всех опрошенных матерей детей до 5 лет отметили, что им назначались лекарственные препараты в связи с болезнью ребенка (антибактериальные ЛС, препараты железа, жаропонижающие препараты и др.), но ни одна из матерей не отметила, что для ребенка были выписаны препараты в рамках Дополнительной программы ОМС по лекарственному обеспечению, хотя данные препараты имеются в списке ЛС, включенных в данную программу. Многие матери отметили, что имели значительные финансовые затруднения с покупкой лекарств, но всегда их покупали.

**Таблица 21. Информировуют ли Вас о развитии ребенка и дают ли рекомендации по уходу за ребенком при посещениях ГСВ, по областям (в %)**

Предоставление информации	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Ошская область	Всего
о дальнейшем развитии ребенка	79,6	85,2	83,1	82,7
рекомендации по грудному вскармливанию	59,2	85,2	52,5	65,4
по массажу/гимнастике	49,0	75,9	37,3	53,7
об опасных признаках заболеваний	26,5	64,8	78,0	58,0
не информируют вообще	16,3	9,3	1,7	8,6

Около четверти всех опрошенных матерей (23,2%) отметили, что сдают анализы всегда платно (общий анализ крови, анализ мочи). Стоимость составляет от 20 до 50 сом.

Таким образом, можно сделать вывод, что в целом ситуация по наблюдению с детьми до 1 года соответствующая, однако регулярное наблюдение за детьми до 5 лет не проводится на постоянной основе и не уделяется соответствующего внимания некоторым вопросам информирования матерей. Остается проблемой доступность необходимых лекарств для детей до 5 лет и имеют место вынужденные затраты, связанные с диагностическими лабораторными исследованиями.

### 3.5. Оценка качества услуг ГСВ для пациентов с гипертонической болезнью (ГБ)

Для оценки качества оказания медицинских услуг на уровне ГСВ для пациентов, состоящих на учете с гипертонической болезнью, были выбраны следующие индикаторы:

- Измерение кровяного давления при каждом посещении ГСВ,
- Прохождение ЭКГ не менее 1 раза в 12 месяцев,
- Ежедневный прием лекарств для контроля артериального давления.

Кроме того, в опросе обращалось внимание на разъяснения врачей в пользу использования генерических препаратов.

Среди опрошенных респондентов с ГБ доля мужчин составила 13,8%, что указывает на то, что большинство мужчин не состоят на учете по поводу ГБ или не обращаются к врачу.

52% опрошенных пациентов с ГБ в момент опроса обращались в ГСВ в связи с профилактическим осмотром, и 48% - в связи с ухудшением состояния по основному заболеванию.

20% опрошенных респондентов, имевших ГБ, обращались к врачам ГСВ за последние 6 месяцев в среднем не реже, чем 1 раз в месяц. 48,5% обращались в ГСВ от 2 до 4 раз в течение последних 6 месяцев. Среднее число обращений за последние 6 месяцев составило 4 раза.

100% всех опрошенных пациентов с ГБ отмечали, что им измеряется артериальное давление при каждом посещении ГСВ.

75% опрошенных получили назначение пройти ЭКГ в течение последних 12 месяцев. Практически все пациенты, которым было назначено пройти ЭКГ, прошли его, однако половина опрошенных пациентов, которые прошли ЭКГ, отметили, что платили за него. Оплата за ЭКГ составляла от 100 сом до 200 сом. Были отмечены единичные случаи, когда за проведение ЭКГ в ЦСМ также взималась оплата. В основном оплата производилась за ЭКГ, которую проводили пациенты в частных медицинских центрах. На вопрос о причинах, почему пациенты проводили электрокардиографические исследования в частных центрах, пациенты отмечали, что в ГСВ или ЦСМ данное исследование не проводится, и поэтому врач направил их в частный центр. При опросе руководителей ГСВ, которые были включены в оценку, было отмечено, что практически все ГСВ имеют портативные электрокардиографы с встроенным программным обеспечением для проведения измерений и интерпретаций.

Около 95,6% опрошенных респондентов с ГБ получили рекомендации принимать лекарства постоянно. (Таблица 19). 76,3% опрошенных с ГБ принимали лекарства в течение последних 24 часов, тогда как почти четверть опрошенных не делали этого. Основными причинами, по которым пациенты с гипертонической болезнью не принимают лекарства ежедневно, были названы следующие причины: «врач сказал принимать лекарство только в случае повышения артериального давления» (10,6%), «из-за побочных эффектов» (3,8%), «из-за того, что формируется зависимость/привыкание» (3,8%), забыл принять (11,2%).

**Таблица 22. Контроль гипертонической болезни, по областям (в %)**

	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Ошская область	Всего
врач рекомендовал принимать лекарство	90,0	100,0	96,1	95,6
врач рекомендовал принимать каждый день, непрерывно	74,0	74,9	91,5	79,8
врач рекомендовал принимать только при	16,0	11,2	8,5	11,9

повышении АД				
принимал лекарство в течение последних 24 часов	78,0	72,5	78,0	76,3

Ситуация в отношении назначения лекарств складывается следующим образом: Более 70% опрошенных пациентов с ГБ отметили, что врач просто делает назначение лекарств и не дает разъяснений по поводу назначенных лекарств, когда больной может купить более дешевое лекарство.

Более 40% опрошенных больных с ГБ отметили, что некоторые из лекарств при их заболевании предоставляются по сниженным расценкам через ДПОМС при помощи специального рецепта от семейного врача, к которому они приписаны.

Таким образом, можно отметить соответствующее наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью, в частности, в отношении проведения регулярного измерения артериального давления. Однако эффективность лечения гипертонической болезни остается недостаточной. Около четверти пациентов с ГБ, состоящих на учете, не контролируют артериальное давление, возможно это связано с недостаточным консультированием со стороны врачей. По-прежнему широко распространена практика назначения более дорогих лекарств, из-за чего часть пациентов так же могут предпочитать принимать их лишь в случае повышения артериального давления.

### **3.6. Оценка качества услуг ГСВ для пациентов с ХОЗЛ**

Для оценки качества оказания медицинских услуг на уровне ГСВ для пациентов, состоящих на учете с ХОЗЛ, в том числе с бронхиальной астмой, были выбраны индикаторы, связанные с назначениями и манипуляциями, предусмотренными в клинических протоколах:

- Прохождение рентгенографии каждые 12 месяцев,
- Проведение пикфлоуметрии при каждом посещении ГСВ,
- Проведение анализа мокроты при обострениях заболеваний,
- Объяснение правил купирования острой обструкции и использования ингалятора.

Треть пациентов с ХОЗЛ, состоящих на учете, обращаются в ГСВ в среднем не менее 1 раза в месяц. Среднее число визитов в ГСВ среди всех респондентов за последние 6 месяцев составило 3 раза. В момент проведения опроса 29% респондентов обращались в ГСВ в связи с профилактическим осмотром, и 71% - по поводу ухудшения состояния по основному заболеванию.

63,6% респондентов с ХОЗЛ отметили, что им назначалась рентгенография в течение последнего года, и практически все респонденты прошли ее.

Назначалось и проводилось исследование мокроты в случае обострения 75% пациентов с ХОЗЛ.

Регулярное проведение пикфлоуметрии отмечают только около половины опрошенных с ХОЗЛ. Около четверти опрошенных респондентов 23,6% респондентов отмечают, что исследование дыхания им не проводили вообще.

В ходе проведения оценки во всех ГСВ, которые посетила исследовательская группа, выяснялось, имеют ли врачи в наличии пикфлоуметр – все врачи ГСВ отмечали, что у каждого имеется аппарат для проведения исследований дыхания – пикфлоуметр.

73,8% респондентов с ХОЗЛ отметили, что врач объяснял им правила купирования острой обструкции и правилам использования ингалятора были обучены 85% опрошенных с ХОЗЛ.

В плане лекарственного обеспечения все пациенты, имеющие бронхиальную астму, отметили, что получают лекарственные средства полностью бесплатно с помощью специального рецепта от семейного врача (ЛО ПГГ) или за частичную оплату также по рецептам врачей в рамках ДПОМС.

Таким образом, качество наблюдения за пациентами с хроническими обструктивными заболеваниями проводится на недостаточном уровне, поскольку необходимые диагностические исследования проводятся нерегулярно, и ни один респондент не проходил полного обследования, предусмотренного соответствующим клиническим протоколом. В плане лекарственного обеспечения все пациенты имеют соответствующий доступ к лекарственным средствам бесплатно или со скидкой в рамках субсидируемых государственных программ по лекарственному обеспечению (ЛО ПГГ и ДПОМС)

### **3.7. Оценка качества услуг ГСВ для пациентов с диабетом 2 типа**

Для оценки качества оказания медицинских услуг на уровне ГСВ для пациентов с диабетом 2 типа были выбраны следующие индикаторы

- Регулярный контроль сахара в крови
- Регулярный контроль артериального давления
- Информирование об изменении образа жизни и сбалансированном питании

Необходимо отметить, что более 80% пациентов с диабетом 2 типа отметили, что семейный врач не вовлечен в лечение его заболевания, узкий специалист - эндокринолог – полностью контролирует его заболевание.

Около 20% пациентов отметили, что семейный врач иногда выписывает сахароснижающие лекарства в рамках ДПОМС, но периодические осмотры и решения по ведению заболевания делает и принимает узкий специалист. Необходимо отметить, что это касается также пациентов с диабетом 2 типа, приписанных к ГСВ, расположенных вне ЦСМ, данные пациенты вынуждены постоянно ездить в районный центр ЦСМ консультацию к эндокринологу и для

получения инсулина на бесплатной основе. Многие пациенты высказались о том, почему инсулин и сахароснижающие лекарства, которые распределяются бесплатно, не предоставляются на уровне ГСВ.

Около 20% опрошенных респондентов, имеющих диабет 2 типа, обращались к врачам ГСВ за последние 6 месяцев в среднем не реже, чем 1 раз в месяц. 65,8% обращались в ГСВ от 2 до 4 раз. Среднее число обращений за последние 6 месяцев составило 4 раза.

85% опрошенных респондентов с диабетом 2 типа отметили, что им назначается и проводится анализ крови при каждом посещении ГСВ и проводится измерение артериального давления.

Практически все пациенты с диабетом 2 типа отметили, что ежегодно направляются на стационарное лечение в г. Бишкек или областную больницу, это необходимо для подтверждения инвалидности по ВТЭК. В основном, только во время данных плановых госпитализаций или незапланированного стационарного лечения пациенты проходят осмотр у различных специалистов на предмет осложнений, связанных с диабетом (проверка зрения у специалиста, консультация у невролога). На уровне ЦСМ данные обследования практически не проводятся.

Все опрошенные пациенты с диабетом 2 типа отметили, что постоянно получают от эндокринолога рекомендации по правильному питанию и физической активности, но сами же отмечали о низкой приверженности к лечению и соблюдению соответствующей диеты. Вопрос дисциплинированности пациентов упоминался также эндокринологами в качестве причины слабого соблюдения указаний врача со стороны пациентов. Скорей всего это связано со слабыми знаниями и, следовательно, с низким уровнем осведомленности и наличием финансовых проблем, связанных с необходимостью соблюдения диеты и покупкой дополнительных сахароснижающих препаратов.

По вопросу обеспечения лекарственными препаратами, те пациенты с диабетом 2 типа, которые принимают инсулин, отметили, что постоянно его получают в ЦСМ. Но как отмечено было выше, для пациентов, приписанных и проживающих вдали от ЦСМ это проблематично в плане отсутствия муниципального транспорта и затрат на дорогу.

Что касается таблетированных сахароснижающих препаратов, пациенты в некоторых ЦСМ отметили, что периодически получают его на бесплатной основе, но этого недостаточно, и они вынуждены покупать их в аптеке. Большинство пациентов (78%) отметили, что это для них финансово затруднительно, и четверть из них отметила, что часто не принимают сахароснижающие таблетки из-за отсутствия средств на их покупку. Ни один из опрошенных пациентов с диабетом 2 типа не отметил, что ему выписывают сахароснижающие лекарственные препараты по ДПОМС.

По данным исследования (ЦАПЗ, 2010) в среднем лица с диабетом затрачивают 1,429 сомов (\$ США 32.97) в месяц на его лечение, что составляет сумму эквивалентную 43% ВВП на душу населения в реальном выражении<sup>10</sup>.

Таким образом, лечение диабета 2 типа на первичном уровне контролируется только эндокринологами, семейные врачи практически не вовлечены в лечение данного состояния. Несмотря на постоянно проводимую информационную работу, пациенты имеют низкую приверженность по соблюдению предписаний врачей. Налажено централизованное обеспечение инсулином и таблетированными формами лекарств для лечения диабета, но больные продолжают нести немалые затраты, связанные с покупкой препаратов.

### **3.8. Лекарственное обеспечение**

В настоящее время на первичном уровне реализуются две программы льготного лекарственного обеспечения - Дополнительная программа ОМС для застрахованных граждан и Лекарственное обеспечение по ПГГ, где основным плательщиком и покупателем выступает ФОМС при Правительстве КР.

Данные программы основаны на рецептурном отпуске медикаментов по рецептам врачей ГСВ/ЦСМ. Основным механизмом в рамках данных программ является возмещение государством значительной части стоимости медицинского препарата. Кроме того, в рамках данных программ имеются механизмы для выписывания и отпуска из аптек пациентам наиболее дешевых наименований лекарств.

Вопросы опроса населения, направленные на изучение вопросов лекарственного обеспечения, показали, что не все пациенты, которые имеют право на использование льгот в рамках субсидируемых ФОМС программ, получают их. Ни одна из опрошенных матерей с детьми до 5 лет и беременных женщин не отметили, что им когда-либо выписывались препараты в рамках ДПОМС.

Многие препараты, которые выписывались детям до 5 лет имеются в списке ЛС, возмещаемых по ДПОМС, но однако не прописываются врачами.

Лекарственные средства, обязательные беременным женщинам (фолиевая кислота, препараты йода), согласно утвержденным клиническим протоколам также имеются в списке лекарств по ДПОМС. Многие врачи отмечали сложную ситуацию с обеспечением беременных женщин препаратами для поднятия уровня гемоглобина в крови (железосодержащие препараты). Большинство беременных женщин страдают анемией, но не могут постоянно приобретать препараты железа, что, конечно, влияет на осложнения при родах.

Из числа опрошенных беременных женщин в рамках данного исследования только 6% опрошенных женщин работали в государственных учреждениях и

<sup>10</sup>Документ исследования политики №66 «Экспресс-оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом в Кыргызстане», 2010 г.

являлись застрахованными. Соответственно, лишь эта категория респондентов могли бы воспользоваться преимуществами ДПОМС и приобрести лекарства по сниженной цене.

Необходимо отметить, что из посещенных в результате исследования 6 отдаленных ГСВ в селах, только при одном ГСВ имелась аптека, имеющая договор с ТУ ФОМС на отпуск лекарств в рамках ДПОМС.

Несмотря на то что результаты исследования показали, что беременные женщины и дети до 5 лет практически не используют возможности по ДПОМС, наблюдается хорошая ситуация по обеспечению больных с ГБ лекарственными препаратами в рамках ДПОМС по сниженным ценам. Так около 75% опрошенных респондентов с ГБ отметили, что им выписываются препараты по ДПОМС и они покупают лекарства по сниженной цене. По данным ФОМС по итогам 10-ти месяцев 2013 года по Дополнительной программе ОМС выписано рецептов ОМС 103,7 тысячам пациентам, имеющим диагноз Гипертоническая болезнь, что составляет около 30% (за 2012 год показатель 29%). Всего с диагнозом ГБ было реализовано лекарственных средств по 230,0 тыс. рецептам, при этом возмещение из средств ОМС составило 36652,9 тыс. сомов (27% от всей суммы возмещения).

По состоянию на январь 2013 года (данные РМИЦ) количество больных, состоящих на учете с диагнозом Гипертоническая болезнь, составило 144,9 тысяч больных. Учитывая, что было выписано 103,7 тыс. пациентам с ГБ рецепты по ДПОМС, то это означает, что 71% зарегистрированных больных ГБ воспользовались льготной программой ДПОМС.

По категориям застрахованных пациентов 76% рецептов выписано пенсионерам, больным ГБ, и возмещено 27231,5 тысяч сом; 13% рецептов - работающему контингенту с возмещением 5552,3 тысяч сом; фермерам 1% с возмещением 249,3 тысяч сом.

По данным ФОМС за 10 мес. 2013 года по Дополнительной программе ОМС всего застрахованной категории населения было выписано 891,5 тыс. рецептов, что на 30% больше, чем за аналогичный период 2012 года (681,7 тыс.).

Сумма реализованных лекарственных средств по данным рецептам составила 276,8 млн сом, при этом из средств ОМС пациентам возмещено 136,8 млн сом, что составило 49% от всей стоимости реализованных медикаментов, оставшаяся часть – 140,0 млн сом – оплачена в аптеках самим пациентом.

Однако следует отметить, несмотря на то, что в рамках ДПОМС имеются механизмы, способствующие использованию более дешевых лекарств (генериков), поскольку это значительно снижает доплату со стороны пациентов, остается недостаточной со стороны врачей информирование пациентов о преимуществах генерических препаратов. По результатам опроса 78% пациентов отметили, что врачи никогда не объясняют больным о том, что существуют более дорогие и более дешевые препараты, имеющие одинаковое действие. Учитывая, что многие хронические больные должны пить лекарства пожизненно, и использование более



дешевых генерических лекарств значительно бы облегчило финансовое бремя таких пациентов.

Кроме того, в рамках опроса по вопросам лекарственного обеспечения больные наиболее часто отметили ряд проблем, связанных с высокими ценами на ЛС (46%), недостаточный ассортимент дешевых лекарств (34%) и низкое качество лекарств (28%).

### **3.9. Доступность лабораторных исследований**

В рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан КР медицинскими услугами на первичном уровне базовые лабораторные и диагностические исследования предоставляются бесплатно. В рамках данного исследования была изучена ситуация, касающаяся общего анализа крови, общего анализа мочи, анализа крови на сахар, анализа мокроты и проведения электрокардиограммы для больных ГБ.

Все больные диабетом 2 типа и ХОЗЛ отметили, что указанные виды анализов, на которые их направляет врач ГСВ, доступны в ЦСМ/ГСВ бесплатно.

64% больных ГБ ответили, что они указанные виды анализов (общий анализ крови, мочи) сдают бесплатно. Только 33% опрошенных беременных женщин и 25% матерей детей до 5 лет ответили, что им сдают данные виды анализов в ЦСМ/ГСВ бесплатно, остальные отметили, что производят оплату за данные анализы, оплата составляет 20–50 сом за каждый вид анализа.

Кроме того, около половины опрошенных беременных женщин отметили, что врачи направляли их сдавать лабораторные анализы и диагностические исследования (УЗИ-исследование) в частные центры. Необходимо отметить, что многие беременные женщины сдавали даже анализы на уровень гемоглобина в крови также в частных центрах, стоимость составляла от 120 сом за одно исследование. На вопрос о возможных причинах направлений врачей исследований на анализ гемоглобина в частные центры (хотя все ЦСМ/ГСВ проводят данный вид анализа) женщины отметили, что врач объяснял это тем, что не доверяет данным ГСВ/ЦСМ и рекомендовал, что лучше это исследование сдавать в частном центре.

Исследовательская группа отмечает, что практически на территории или прилегающих зонах всех ЦСМ, где проводилось исследование, имелись филиалы частных лабораторий (АКВА, лаборатория Бонецкого).

Мы предполагаем, что врачи ГСВ/ЦСМ имеют бонусы от частных лабораторий за каждое направление, что и является следствием необоснованных направлений в частные лаборатории.

**Таблица 23. Доступность лабораторных и диагностических исследований бесплатно (в %)**

Категория респондентов	Доступность лабораторных исследований в ЦСМ/ГСВ (бесплатно)	Доступность ЭКГ (бесплатно)	Получали направления в частные лаборатории
1. ГБ	64%	48,9%	4%
2. Диабет 2 типа	100%	-	7%
3. ХОЗЛ	100%	-	7%
4. Беременные	33%	-	48,7%
5. Дети до 5 лет	25%	-	0%

Кроме того, необходимо особо отметить неоднозначную ситуацию с ГСВ «Кара-Талаа» Тонского района, которая находится в 60 км от ЦСМ (с. Боконбаево) и в 20 км от ЦСМ г. Балыкчи. Из-за того что пациентам сложно добираться до ЦСМ в с. Боконбаево, в необходимых случаях они чаще обращаются в ЦСМ г. Балыкчи. Это касается консультаций узких специалистов, лабораторных анализов, которые не проводятся на уровне ГСВ, любых осложнений, требующих консультаций специалистов и госпитализации, в том числе родов. Практически все пациенты, приписанные к данному ГСВ, но которые были вынуждены обращаться в ЦСМ г. Балыкчи, отметили, что приемы у врачей для них платные, и все лабораторные и диагностические исследования они также проводят на платной основе. Без оплаты врачи ЦСМ г. Балыкчи их не принимают, поскольку они приписаны к Тонскому ЦСМ.

## ВЫВОДЫ

В целом, следует заключить, что на начальных этапах реформирования сектора здравоохранения, Кыргызской Республике удалось сгладить последствия возникшей нехватки ресурсов путем реструктуризации инфраструктуры и сокращения расходов на ее содержание. Однако, полностью решить вопрос эффективного функционирования в условиях ограниченных ресурсов пока не удалось. В результате, несмотря на такие достижения в области реформирования финансирования здравоохранения, как внедрение Единого плательщика, обязательного медицинского страхования, новых методов финансирования (пролеченный случай, подушевое финансирование) и др., основная задача по улучшению здоровья населения не была полностью достигнута.

Сложившаяся ситуация во многом обусловлена недостаточной эффективностью использования финансовых ресурсов, поступающих в сектор здравоохранения. С одной стороны, нерациональное распределение бюджетных средств обусловлено несовершенством тех механизмов финансирования, которые в настоящее время используются в секторе здравоохранения. Так, подушевое финансирование основывается на статистических данных по численности населения, но не учитывает миграционные процессы, что в итоге приводит к тому, что при распределении финансирования не всегда отражается фактическая нагрузка по обслуживанию населения на уровне ПМСП. Что касается пролеченного случая, то из-за отсутствия действенного механизма сокращения необоснованных госпитализаций, эффективность распределения финансовых ресурсов на стационарном уровне также снижается.

Кроме того, текущий подход к финансированию организаций здравоохранения ПМСП, основанный на подушевом принципе, имеет слабое мотивационное влияние на достижение положительных результатов по улучшению здоровья населения. В настоящее время, сложилась ситуация, когда большая часть получаемых средств направляется на оплату труда. При этом, в большинстве своем медицинские работники по-прежнему не удовлетворены размером заработной платы, которую они получают. В результате, это приводит к возникновению таких коррупционных схем, когда, во-первых, пациентами приходится осуществлять неформальные платежи в виде оплаты медицинскому персоналу (в том числе и в виде подарков). Во-вторых, в республике распространена практика стимулирования медицинских работников со стороны фармацевтических компаний с целью лоббирования сбыта определенных лекарственных средств, поставляемыми этими компаниями.

Как результат, в самих медицинских учреждениях основная доля наличных выплат населения приходится на оплату консультаций медицинского персонала. В то же время, наблюдается устойчивая тенденция к росту расходов населения на

приобретение лекарственных средств на амбулаторном уровне в результате проведения фармакологическими компаниями агрессивной политики по продвижению своей продукции, что приводит к увеличению финансового бремени на пациентов.

Другой актуальной проблемой является слабый менеджмент в организациях здравоохранения, который выражается: во-первых, в неэффективном формировании штатных позиций, в их раздувании и, как следствие, высоких затратах на его содержание, а во-вторых, в слабом лекарственном менеджменте, который с одной стороны привел к образованию в ряде организаций здравоохранения сверхнормативного запаса ЛС, наличию ЛС с просроченными сроками хранения и т.д. а с другой стороны, отсутствие необходимых лекарственных средств вынуждает пациентов самим приобретать их, что в свою очередь ложится на них в виде финансового бремени и ограничивает доступность к медицинским услугам.

Особое внимание следует уделить тому, что в результате неэффективной политики в сфере обеспечения человеческими ресурсами, в секторе здравоохранения сохраняется ситуация нехватки врачей в регионах, особенно на уровне ПМСП. Как следствие, неукомплектованность врачебным персоналом приводит к увеличению коэффициента совместительства, что ограничивает возможности организаций здравоохранения в предоставлении полноценной медицинской помощи населению. Кроме того, высокий процент работников пенсионного или предпенсионного возраста среди семейных врачей несет в себе высокий потенциальный риск для ситуации с обеспеченностью медицинским персоналом на уровне ПМСП в ближайшем будущем.

По результатам опроса населения можно сделать следующие выводы:

Уровень удовлетворенности населения услугами ГСВ оценен удовлетворительно, по 5-балльной шкале это составило от 3,4 баллов до 4. Меньше всего пациенты удовлетворены временем, которое уделяет семейный врач пациентам во время приема (3,4 балла).

Большинство индикаторов, которые выбраны были в исследование по 5 нозологиям для отслеживания качества услуг, исполняются на должном уровне. Отмечаются хорошие показатели по всем выбранным заболеваниям в отношении проведения необходимых измерений. Однако следует отметить, что около четверти пациентов с ГБ, состоящих на учете, не контролируют артериальное давление, что связано с недостаточным консультированием со стороны врачей. По-прежнему широко распространена практика назначения более дорогих лекарств, из-за чего часть пациентов так же могут предпочитать принимать их лишь в случае обострений. Поэтому эффективность лечения гипертонической болезни все еще остается

недостаточной, что подтверждается высоким уровнем смертности от инсульта в республике.

Пациенты с сахарным диабетом полностью контролируются только на уровне ЦСМ эндокринологом, семейные врачи не вовлечены в данный процесс. Данная ситуация затрудняет доступ пациентов, проживающих в селах и приписанных к ГСВ вдали от ЦСМ. Данные пациенты вынуждены постоянно добираться до ЦСМ, неся при это постоянно транспортные расходы, для того, чтобы получить консультацию эндокринолога и лекарства для лечения диабета.

Доступность к льготным лекарственным средствам, для беременных и детей до 5 лет ограничена. Данные категории практически не используют свои права в рамках государственных льготных лекарственных программ (ДП ОМС). Широко распространена практика назначения более дорогих лекарств, обусловленная, как правило, тем, что фармацевтические компании стимулируют врачей назначать определенные препараты.

На уровне ГСВ ограничен доступ к проведению лабораторных анализов и диагностических исследований, несмотря на то, что они предусмотрены Программой государственных гарантий. Отмечены случаи, когда пациенты оплачивают за данные виды услуг в ЦСМ/ГСВ или необоснованно направляются в частные диагностические лаборатории и центры. Кроме того, имеются ограничения для пациентов ГСВ в селах, которые вынуждены зачастую выезжать в ЦСМ для сдачи лабораторных анализов за свой счет. Такая ситуация обусловлена тем, что лаборатории при ГСВ не функционируют в связи отсутствием или недостаточностью кадров.

В заключение, хотелось бы отметить, что наличие в секторе здравоохранения таких системных проблем как неэффективное распределение финансовых ресурсов и слабая кадровая политика влечет за собой снижение качества и доступности медицинских услуг для населения и в то же время приводит к росту финансового бремени на пациентов при обращении за врачебной помощью. По данным, полученным в рамках исследования финансового разрыва ПГГ на стационарном уровне, в 2010 году данный показатель составил 34,8% и увеличился относительно 2008 года почти на 7 процентных пунктов<sup>11</sup>. Исходя из наличия неформальных выплат на уровне ПМСП, можно говорить и об аналогичной ситуации при предоставлении амбулаторных услуг населению. При этом, решение проблемы с финансовым разрывом путем увеличения государственного финансирования сектора здравоохранения будет крайне неэффективно и не достигнет своей цели до тех пор,

---

<sup>11</sup> Документ исследования политики № 79, «Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика», Центр анализа политики здравоохранения, 2012.

пока не будут приняты меры по решению тех системных проблем, которые указаны выше.

Исходя из полученных результатов исследования, были выработаны следующие **рекомендации**:

1. В целях закрепления достижений, полученных в рамках предыдущих программ реформирования сектора здравоохранения, необходимо усилить реализацию программы «Ден соолук» с акцентом на повышение качества предоставляемых медицинских услуг населению и сокращение уровня заболеваемости.
2. Здоровье человека подвержено влиянию различных факторов, и не всегда возможно добиться его улучшения только путем предоставления медицинских услуг. Большое влияние оказывают и социально-экономические условия, влияние окружающей среды. Исходя из этого, становится актуальной разработка комплексной межсекторальной программы по улучшению здоровья населения.
3. Одним из основных направлений дальнейшего повышения эффективности деятельности сектора здравоохранения должно стать более четкое определение обязательств государства по оказанию медицинской помощи населению. Для определения объема государственных обязательств предоставления медицинской помощи должны быть разработаны стандарты по предоставлению услуг для населения. На их основе необходимо будет провести сопоставление желаемого уровня предоставления медицинской помощи с финансовыми возможностями республики.
4. Необходимо создание системы мониторинга и оценки, отражающей рациональность использования государственных средств в секторе здравоохранения. В перспективе стоит вопрос реализации стратегии реструктуризации сектора здравоохранения, в первую очередь ее первичного уровня, с учетом региональной специфики.
5. Повышение эффективности распределения и использования финансовых ресурсов в секторе здравоохранения требует дальнейшего совершенствования механизмов финансирования организаций здравоохранения. В частности, необходимо завершить работу по созданию электронной базы приписанного населения и ее актуализация в режиме реального времени, что позволит в будущем более гибко осуществлять подушевое финансирование на уровне ПМСП с учетом миграционных процессов.

6. Для гарантированного обеспечения граждан Кыргызской Республики качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью необходимо разработать механизм внедрения Базового государственного медицинского страхования в Кыргызской Республике (БГМС).
7. Совершенствование механизмов финансирования первичного уровня здравоохранения также должно включать в себя элементы распределения финансовых ресурсов, основанных на достижении определенных результатов. Внедрение таких элементов позволит повысить мотивацию как для организаций здравоохранения, так и для медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения.
8. Одним из направлений деятельности по повышению эффективности финансирования сектора здравоохранения должно стать усиление кадровой политики. В рамках данного направления необходимо провести оптимизацию штатной численности организаций здравоохранения для сокращения коэффициента совместительства среди медицинского персонала.
9. В рамках усиления кадровой политики необходимо проработать вопрос обеспечения врачебным персоналом организаций здравоохранения в регионах, в первую очередь на уровне ПМСП. Для этого необходимо пересмотреть политику подготовки специалистов по наиболее востребованным направлениям (например, семейные врачи), а также механизмы привлечения и закрепления на местах молодых врачей.
10. Ввиду того, что расходы на приобретение лекарственных средств занимают значительную долю среди расходов населения при обращении за медицинской помощью, необходимо формирование приверженности к рациональному использованию лекарственных средств для борьбы с неэтичным маркетингом лекарственных средств у работников системы здравоохранения и населения республики.
11. Для повышения эффективности расходов на лекарственное обеспечение в организациях здравоохранения необходимо усиление лекарственного менеджмента, в частности, необходимо повысить качество работы Лекарственных комитетов в лечебно-профилактических учреждениях в части регулирования и эффективного использования бюджетных средств.
12. Важным элементом повышения качества предоставляемых медицинских услуг является информированность пациентов о своих правах. Для этого необходимо усилить работу по повышению знаний пациентов о своих правах и

объемах предоставляемых медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий.



## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Отчет об аудите использования бюджетных, специальных и иных средств в Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики и его подведомственных учреждениях за период с 1 января 2012 года по 31 декабря 2012 года, Счетная палата Кыргызской Республики, 2014 г.
2. Отчет об аудите использования бюджетных, специальных и других средств Фондом обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики, его подведомственных структур и международных проектов за период с 01.01.2012 года по 31.12.2012 года, Счетная палата Кыргызской Республики, 2014 г.
3. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью на 2012 год.
4. Третий отчет о прогрессе в достижении целей развития тысячелетия, Кыргызская Республика, ПРООН, 2013.
5. Count down to 2015. Maternal, Newborn & Child Survival. Building a Future for Women and Children. The 2012 Report., UNICEF, Statistics & Monitoring Section/Division of Policy and Strategy. Prepared on 21/02/2013.
6. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. World Health Organization 2010.
7. Оценка реализации Национальной программы реформы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими», Министерство здравоохранения КР, 2011.
8. Системы здравоохранения: время перемен. Кыргызстан: Обзор системы здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011.
9. Положительные моменты и недостатки реформ в рамках национальных программ реформирования здравоохранения «Манас», «Манас таалими» и «Ден соолук», Национальный институт стратегических исследований Кыргызской Республики, 2013.
10. Документ исследования политики № 29, «Оценка программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1996–2005): Реформа службы ПМСП», Проект анализа политики здравоохранения (ВОЗ/DfID), 2005 г.
11. Документ исследования политики № 32, «Фискальная децентрализация и варианты для системы финансирования здравоохранения Кыргызской республики: три варианта», Проект анализа политики здравоохранения (ВОЗ/DfID), 2005 г.

12. Документ исследования политики №66 «Экспресс-оценка доступа к инсулину и оказания помощи больным сахарным диабетом в Кыргызстане», Центр анализа политики здравоохранения, 2010 г.
13. Документ исследования политики №71, «Национальные Счета Здравоохранения в Кыргызстане: Обзор общих расходов на здравоохранение за 2009 год», Центр анализа политики здравоохранения, 2011 г.
14. Документ исследования политики №76, «Доступность к медицинским услугам и наличные расходы «из-кармана» пациента в Кыргызстане: Обзор домохозяйств с 2001–2010 гг.», Центр анализа политики здравоохранения, 2011г.
15. Документ исследования политики №79, «Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика», Центр анализа политики здравоохранения, 2012 г.
16. Документ исследования политики №82 «Оценка последипломного и непрерывного медицинского образования в Кыргызской Республике», Центр анализа политики здравоохранения, 2013 г.