

**Оценка эффективности системы выплат на
уровне ПМСП
в Кыргызской Республике**

Бишкек - 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список таблиц	4
Список рисунков	5
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	7
1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ	8
2. МЕТОДОЛОГИЯ	9
2.1. Исследовательские вопросы	9
2.2. Методология исследования	9
2.3. Выборка	10
3. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	11
4. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	16
4.1. Сбор и источники финансовых средств	17
4.2. Закупки медицинских услуг	17
4.3. Обзор механизма финансирования ПМСП	19
4.4. Текущие тенденции в финансировании здравоохранения	22
5. МЕХАНИЗМЫ СТИМУЛИРУЮЩИХ ВЫПЛАТ ПО ИНДИКАТОРАМ НА ОСНОВЕ ДОСТИГНУТЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ.....	29
5.1. Индикаторы по стимулирующим выплатам на основе достигнутых результатов.....	31
5.2. Анализ эффективности индикаторов на основе результатов на основе форм статистической отчетности ЦЭЗ	33
5.3. Качество данных.....	43
6. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ	45
6.1. Результаты воздействия стимулирующих выплат на финансирование в отобранных ОЗ	45
6.2. Анализ показателей по индикаторам стимулирующих выплат в отобранных ОЗ	48
6.3. Результаты опроса семейных врачей и фокус-групповых дискуссий с медицинскими специалистами	51
6.3.1. Удовлетворённость работой и трудовой активностью, мотивация семейных врачей	52
6.3.2. Оценка мнения врачей о внедрении стимулирующих выплат по результатам деятельности на основе индикаторов	56
6.3.3. Результаты обсуждений в фокус-групповых дискуссиях	63
6.4.1. Портрет респондентов	68
6.4.2. Удовлетворенность услугами в ГСВ	70

6.4.3.	Оценка качества услуг ГСВ, оказываемых беременным женщинам	71
6.4.4.	Оценка качества услуг ГСВ для детей	75
6.4.5.	Оценка качества услуг ГСВ для пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом.....	78
7.	ОБСУЖДЕНИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ	80
8.	ПРИЛОЖЕНИЯ.....	85
	Приложение 1	85
	Сводные результаты изменения индикаторов в динамике за период 2018-2020 гг.	85
	Приложение 2	87
	Изменение установленных показателей в баллах по индикаторам, 2018-2021гг.	87
	Приложение 3	89
	Результаты исполнения индикаторов стимулирующих выплат в отобранных ОЗ, динамика показателей.....	89
	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	95

Список таблиц

Таблица 1. Нормативы финансирования медицинских услуг по средствам республиканского бюджета с 2017 по 2020 годы, сом	20
Таблица 2. Нормативы финансирования медицинских услуг по средствам ОМС с 2017 по 2020 годы, сом	20
Таблица 3. Консолидированный бюджет в рамках Единого Плательщика в разрезе статей расходов, тыс. сом	23
Таблица 4. Структура затрат медицинских учреждений по статьям расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, %	25
Таблица 5. Государственные расходы по видам оказываемых медицинских услуг, млн сом .	26
Таблица 6. Профинансированные средства семейным врачам по механизмам стимулирующих выплат по результатам оценки работы на основе индикаторов за 2018-2021 год, млн. сомов	45
Таблица 7. Профинансированные средства СВ/ВОП по результатам оценки работы на основе индикаторов за 2018-2021 год по отобранным ОЗ ПМСП, млн. сомов.....	46
Таблица 8. Сводная таблица по расходам отобранных ОЗ ПМСП, млн. сомов	46
Таблица 9. Исполнение индикаторов оценки деятельности семейных врачей, % (в среднем за период с IV квартала 2018 года по I квартал 2021 года)	50
Таблица 10. Общее количество семейных врачей и медсестер, принявших участие в опросе и фокус-групповых дискуссиях	51
Таблица 11. Удовлетворенность семейных врачей различными сторонами работы, %.....	54
Таблица 12. Оценка достижимости выбранных индикаторов для стимулирующих выплат на основе опроса семейных врачей %.....	59
Таблица 13. Распределение пациентов по 5 категориям по областям	68
Таблица 14. Средний возраст опрошенных респондентов, лет	69
Таблица 15. Причины одного из визитов в ГСВ в период с января 2019 года по 1 апреля 2021 года, %.....	70

Список рисунков

Рисунок 1. Структура основных причин смертности за 2015-2020 годы, %	12
Рисунок 2. Использование медицинских услуг на амбулаторном и стационарном уровнях ...	14
Рисунок 3. Число семейных врачей и семейных медсестер, Кыргызская Республика, 2016-2020гг.	15
Рисунок 4. Доля врачей пенсионного возраста на уровне ПМСП в разрезе областей	16
Рисунок 5. Схема финансирования сектора здравоохранения в Кыргызской Республике	17
Рисунок 6. Доля ФОТ и стимулирующих выплат от общих расходов на ПМСП	26
Рисунок 7. Доля государственных затрат на ПМСП и стационары от общих государственных расходов	28
Рисунок 8. % исполнения индикаторов и объем проведенных выплат семейным врачам/врачам общей практики, Кыргызская Республика, 2018-2020гг.	31
Рисунок 9. Число и доля новорожденных, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из род.дома, Кыргызская Республика, 2016-2020гг.	35
Рисунок 10. Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших ОРС и с пневмонией получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (%).....	36
Рисунок 11. Число детей в возрасте до 5-лет с ОКИ и пневмонией, зарегистрированных на уровне ПМСП и пролеченных в стационарах, Кыргызская Республика, 2016-2020гг.	37
Рисунок 12. Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель,	38
Рисунок 13. Число пациентов с впервые выявленной ГБ и СД, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше/ на 100 000 населения)	39
Рисунок 14. Общее число зарегистрированных пациентов с ГБ и СД и число госпитализированных в стационары, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше/ на 100 000 населения)	40
Рисунок 15. Доля беременных женщин, получивших препараты фолиевой кислоты, йода и железа,.....	40
Рисунок 16. Доля беременных женщин, обследованных на Hb и получивших препараты железа,.....	42
Рисунок 17. Доля беременных женщин, получивших базовый пакет антенатальных услуг, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (%)	43
Рисунок 18. Соотношение средств, выделяемых на стимулирующие выплаты относительно фонда оплаты труда по отобранным ОЗ	47
Рисунок 19. Динамика средней заработной платы на примере ЦОВП Московского района...	47
Рисунок 20. К-во врачей в разбивке по стажу работы: общий и по семейной медицине, %....	52
Рисунок 21. Удовлетворенность опрошенных семейных врачей работой, %	53
Рисунок 22. Мотивация семейных врачей, %.....	55
Рисунок 23. Планы о смене места работы семейных врачей, %	56
Рисунок 24. Участие в семинарах и механизмы начисления выплат, %.....	57
Рисунок 25. Влияние стимулирующих выплат на качество работы семейных врачей, %	60
Рисунок 26. Влияние стимулирующих выплат на лечение других заболеваний.....	61
Рисунок 27. Удовлетворенность семейных врачей, полученным размером стимулирующих выплат, %	62

Рисунок 28. Распределение общего кол-ва респондентов по полу, %.....	69
Рисунок 29. Распределение опрошенных пациентов с ГБ и СД 2 типа по полу, %.....	69
Рисунок 30. Средняя оценка удовлетворенности последним визитом в ГСВ (по 5-бальной шкале),	71
Рисунок 31. Срок беременности, при котором встали на учет, %	72
Рисунок 32. Беременные женщины, информированные о приеме фолиевой кислоты, %.....	73
Рисунок 33. Беременные женщины, принимавшие фолиевую кислоту, %	74
Рисунок 34. Беременные женщины, сдавшие анализы на уровень гемоглобина и бактериурию, %.....	74
Рисунок 35. Беременные женщины, получившие информацию о необходимости обследования на бактериурию и гемоглобин, %	75
Рисунок 36. Посещение врачами новорожденных в первые три дня, %	76
Рисунок 37. Назначение оральной регидратационной (ОР) терапии и информировании о ее необходимости, % в разрезе областей.....	77
Рисунок 38. Назначение первой дозы антибиотиков при пневмонии на уровне ГСВ и информировании о ее необходимости и опасных признаках пневмонии, %	77
Рисунок 39. Контроль гипертонической болезни, %	78
Рисунок 40. Назначение и прием сахароснижающих препаратов, %.....	79

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БД – базы данных

ГБ – Гипертоническая болезнь

ГСВ – Группа семейных врачей

КИФ – Клинико-информационные формы

КГМИПипК – Кыргызский государственный институт подготовки и переподготовки кадров

КТУ – коэффициент трудового участия

МЗКР – Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

МЗиСР – Министерство здравоохранения и социального развития Кыргызской Республики

НВиКД - наличные выплаты из кармана домохозяйств

НИИ – Научно исследовательский институт СД – Сахарный диабет

ОЗ – Организации здравоохранения

ОКИ- Острые кишечные инфекции

ОМИЦ – Областные медико-информационные центры

ОМС – Обязательное медицинское страхования

ПГГ – Программа государственных гарантий

ПМСП – Первичная медико-санитарная помощь

СВ/ВОП – Семейный врач/Врач общей практики

ТУФОМС – Территориальное управление ФОМС

ФОМС – Фонд обязательного медицинского страхования

ЦОВП – Центр общеврачебной практики

ЦСМ – Центр семейной медицины

ЦЭЗ – Центр электронного здравоохранения

1. ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИССЛЕДОВАНИИ

В последние годы в республике сложилась сложная ситуация с кадрами на уровне первичной медико-санитарной помощи. В связи с этим, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (МЗКР) постоянно инициирует вопросы о необходимости повышения финансовой заинтересованности семейных врачей (врачей общей практики), семейных медицинских сестер.

Поэтому, с целью повышения эффективности работы семейных врачей и повышения их статуса, а также привлечения специалистов семейной медицины в организации здравоохранения, в том числе в сельской местности в 2018 году во исполнения постановления Правительства КР №451 от 28.09.2018г. с 1 октября 2018г. было начато внедрение механизмов стимулирующих выплат семейным врачам/врачам общей практики по результатам оценки работы на основе индикаторов.

При этом гарантированная зарплата, которая была у семейных врачей оставалась на прежнем уровне и производились дополнительные выплаты по результатам индикаторов эффективности работы.

Индикаторы оценки работы семейных врачей и врачей общей практики организаций ПМСП были разработаны с учетом приоритетных направлений здравоохранения, таких как охрана здоровья матери и ребенка, профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

С 1 апреля 2021 года данная методика оплаты была отменена, то есть отменены доплаты по результатам оценки работы на основе индикаторов и повышен базовый оклад семейных врачей/врачей общей практики. В частности, базовый оклад для семейных врачей и врачей общей практики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь был увеличен на 100% и составил 10 тыс. сомов, при этом сохранены все надбавки и компенсационные выплаты (стаж работы, категория, КТУ и др.).

В целях улучшения системы оплаты деятельности организаций ПМСП с учетом расширенных задач и функций, а также показателей, ориентированных на улучшение результатов и качества услуг на основании Приказа МЗиСР от 31 мая 2021 г №708 была создана рабочая группа. Одно из задач данной рабочей группы является проведение оценки эффективности системы оплаты ПМСП и выработка рекомендаций.

В связи с этим, для оказания содействия работе рабочей группы, было проведено изучение эффективности механизмов дополнительных стимулирующих выплат для семейных врачей с целью определения их сильных и слабых сторон и на основе полученных результатов разработки рекомендаций по изменениям в модели оплаты на уровне ПМСП при условии принятия такого решения Кабинетом Министров Кыргызской Республики.

2. МЕТОДОЛОГИЯ

2.1. Исследовательские вопросы

Исходя из поставленной цели исследования, были рассмотрены следующие основные исследовательские вопросы:

Механизмы финансирования ПМСП:

- Анализ некоторых показателей здоровья на ПМСП;
- Укомплектованность семейными врачами и семейными медицинскими сестрами в разрезе регионов;
- Механизмы финансирования на ПМСП.

Механизмы финансирования по системе дополнительных стимулирующих выплат:

- Показатели здоровья на ПМСП в соответствии с индикаторами по дополнительным стимулирующим выплатам (2017-2021 гг.);
- Анализ эффективности индикаторов на основе результатов на основе форм статистической отчетности в отобранных ОЗ
- Механизмы финансирования системы стимулирующих выплат (структура бюджета, доля от общего финансирования ПМСП, схемы оплаты, индикаторы, качество данных, система верификации и др.).

Оценка мнения медицинских специалистов и удовлетворённости населения

- Уровень удовлетворенности семейных врачей в отобранных ОЗ, их мотивации, ожидания в отношении механизмов стимулирующих выплат;
- Уровень удовлетворенности пациентов в отобранных ОЗ качеством предоставляемых медицинских услуг в ГСВ.

2.2. Методология исследования

Методология оценки включала сбор данных по финансовым показателям, исполнению индикаторов и другие в отобранных ОЗ согласно разработанным формам, проведение полуструктурированных интервью с руководителями и финансовыми специалистами ОЗ, фокус-групповые дискуссии со специалистами, анкетирование семейных врачей и опрос пациентов.

Сбор данных в отобранных ОЗ:

- Исполнение показателей по индикаторам (по ЦСМ/ЦОВП, в разбивке по ГСВ);

- Финансовые показатели ОЗ (общий бюджет ОЗ в разбивке по статьям расходов, бюджет на стимулирующие выплаты, размер среднемесячной заработной платы и т.д.).

Проведение полуструктурированных интервью:

- руководители отобранных ОЗ
- финансовые специалисты

Проведение фокус-групповых дискуссий со специалистами:

- семейные врачи
- семейные медсестры

Анкетирование специалистов и пациентов:

- семейные врачи
- пациенты по 5 состояниям (дети до 1 года, дети до 5 лет, беременные женщины в триместре, пациенты с ГБ и СД), которые были зарегистрированы до 1 января 2021 года и посещали семейного врача в период с 1 января 2019 по 1 апреля 2021 г.

2.3. Выборка

Для проведения исследования были отобраны следующие регионы и учреждения:

Чуйская область:

- ЦОВП, Кеминский р-н
- ЦОВП, Московский р-н

Ошская область

- ЦОВП, Кара-Суйский р-н
- ЦОВП Алайский р-н

Таласская область

- ЦОВП, Кара-Бууринский р-н
- ЦОВП, Манасский р-н

В рамках данного исследования во всех отобранных ОЗ было проведено 12 фокус-групповых дискуссий с семейными врачами и медицинскими сестрами, проведены интервью, анкетирование и фокус-групповые дискуссии со 164 специалистами и опрос 296 пациентов по 5 состояниям. Количество опрошенных по отобранным ОЗ по группам представлены в разделе 6 «Результаты исследования».

3. ТЕКУЩАЯ СИТУАЦИЯ В СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

После обретения независимости 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 четыре Национальные программы реформирования системы здравоохранения. Программа «Манас»¹ реализовывалась в 1996–2005 годах, программа «Манас таалими»² – в 2006–2011 годах и программа «Ден соолук»³ – в 2012–2018 годы. В настоящее время на этапе реализации находится программа Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна»⁴.

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, актуальными сохраняются 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 в целом наблюдается положительная динамика по заболеваемости, которая к 2019 году снизилась относительно 2015 года на 7,5%, по отдельным заболеваниям отмечался рост. Так, болезни органов дыхания за период с 2015 года по 2019 год возросли 2,7%, болезни органов кровообращения – на 7,7%, а болезни органов пищеварения – на 4,6%. При этом, отмечалось значительно снижение заболеваний крови и кроветворных органов – 45,4% болезней эндокринной системы – на 39%, инфекционных заболеваний – почти на 18%.

По данным НСК, население Кыргызстана на конец 2019 года составило – 6 523,5 тыс. человек. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении служит одним из показателей,

¹ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 24 июня 1996 года N 288 «Вопросы охраны здоровья населения и реформа здравоохранения в республике».

² Постановление Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 года № 100 «О Национальной программе реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006–2010 годы».

³ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 24 мая 2012 года № 309 «О Национальной программе реформирования здравоохранения Кыргызской Республики "Ден соолук" на 2012–2016 годы».

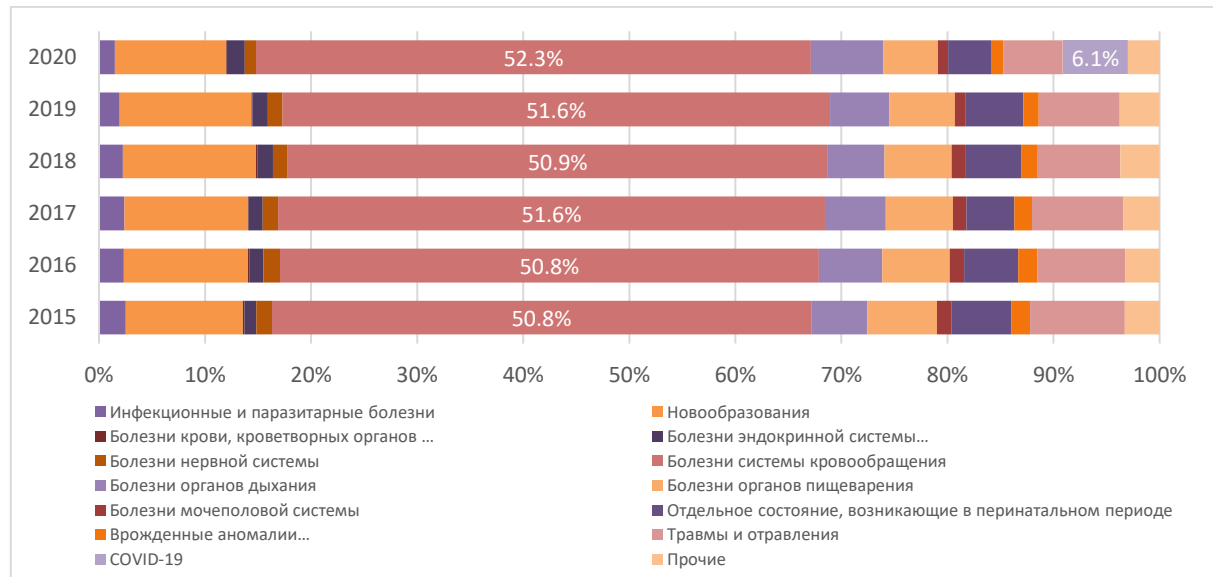
⁴ Постановление Правительства Кыргызской Республики от 20 декабря 2018 года № 600 «О Программе Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019–2030 годы "Здоровый человек - процветающая страна"».

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 2019 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении мальчиков составляла 67,6 лет, девочек – 75,8, в результате, в среднем продолжительность жизни составила 71,5 лет. Показатель общей смертности населения Кыргызстана остается достаточно низким, составив в 2019г. 5,2 умерших на 1000 населения.

Характерным для Кыргызстана является то, что наибольшее влияние на изменение общей смертности оказывает смертность от болезней системы кровообращения, ежегодно являющихся причиной более половины всех случаев смерти (52,3%). Подавляющее число умерших от данной причины смерти – это лица старше трудоспособного возраста. Второе место в структуре причин смерти занимают новообразования (онкологические заболевания), сохраняющие свой высокий уровень, как и в большинстве стран СНГ, на протяжении многих лет (10,5%).

В 2020 году вследствие пандемии коронавируса, в структуре основных причин смертности была добавлена и смертность от COVID-19, которая составила 6% от общего числа умерших, став таким образом одной из ведущих причин наряду с болезнями системы кровообращения, новообразованиями и болезнями органов дыхания.

Рисунок 1. Структура основных причин смертности за 2015-2020 годы, %



Источник: Центр электронного здравоохранения при МЗ КР

В Кыргызстане остается высокой материнская смертность. В 2020г. от осложнений беременности, родов и послеродового периода зарегистрирована смерть 67 женщин, или 42,4 умерших женщин на 100 тыс. живорожденных, что изменило динамику последних лет, когда наблюдалось снижение данного показателя (с 38,5 до 24,8 на 100 тыс. родившихся живыми в

период с 2015 по 2019 годы). Младенческая смертность, несмотря на заметное ее сокращение в течение последних лет, также остается высокой. В 2020г. от различных заболеваний, отравлений и травм умерло 14,4 детей, в возрасте одного года, на 1000 родившихся живыми. Основными причинами младенческой смертности являются заболевания и состояния, возникающие в перинатальном (послеродовом) периоде (71,3%), врожденные аномалии (пороки развития) (16,1%), болезни органов дыхания (7,3).

Хотя на результаты в области здравоохранения могут влиять многие факторы, сложившуюся ситуацию можно, в значительной степени, объяснить пробелами в качестве медицинской помощи. В частности, недостатки в обеспечении качества медицинской помощи на уровне ПМСП можно отнести на счет различных проблем и затруднений в организации управления предоставлением услуг на уровне первичного звена. ПМСП, в целом, остается непривлекательной для населения, что приводит к широко распространенной практике обращения в стационары в обход ПМСП. Несмотря на то, что семейная медицина была внедрена в рамках первых реформ здравоохранения с целью сокращения использования стационарных услуг, система здравоохранения КР по-прежнему остается в значительной степени, сосредоточенной на предоставлении услуг в стационарах. Организации ПМСП также неэффективны в лечении хронических заболеваний - примером этому являются высокие показатели госпитализации при хронических состояниях, таких как гипертония и диабет.

За период с 2015 по 2020 год отмечается снижение использования медицинских услуг на уровне ПМСП. Так, число посещений амбулаторных больных снизилось с 15,2 до 8,2 млн., то есть на 46%. В то же время, уровень госпитализаций за этот же период сохранился практически на том же уровне. Данная ситуация позволяет предположить, что население по-прежнему в меньшей степени привержено к профилактике заболеваний и предпочитает обращаться за медицинской помощью в стационары. Как результат, функция ПМСП по обеспечению превентивных мер сдерживания уровня заболевания реализована не в полной мере. При этом наибольшее снижение использования медицинских услуг как на амбулаторном, так и стационарном уровнях, отмечается в 2020 году, что обусловлено введением ограничений, а также высокой нагрузкой на медицинские учреждения из-за пандемии коронавируса.

Рисунок 2. Использование медицинских услуг на амбулаторном и стационарном уровнях



Источник: Центр электронного здравоохранения при МЗ КР

Население чаще предпочитает обращаться за медицинской помощью в стационары, что привело к тому, что количество пациентов, прошедших стационарное лечение за период с 2015 по 2019 годы возросло на 16%, лишь в 2020 году из-за пандемии коронавируса, число госпитализированных пациентов сократилось на 20% относительно предыдущего года. В то же время наблюдается снижение использования услуг на ПМСП, что отчасти обусловлено сложившейся ситуацией с человеческими ресурсами, которая остается проблемой, особенно в сельских районах.

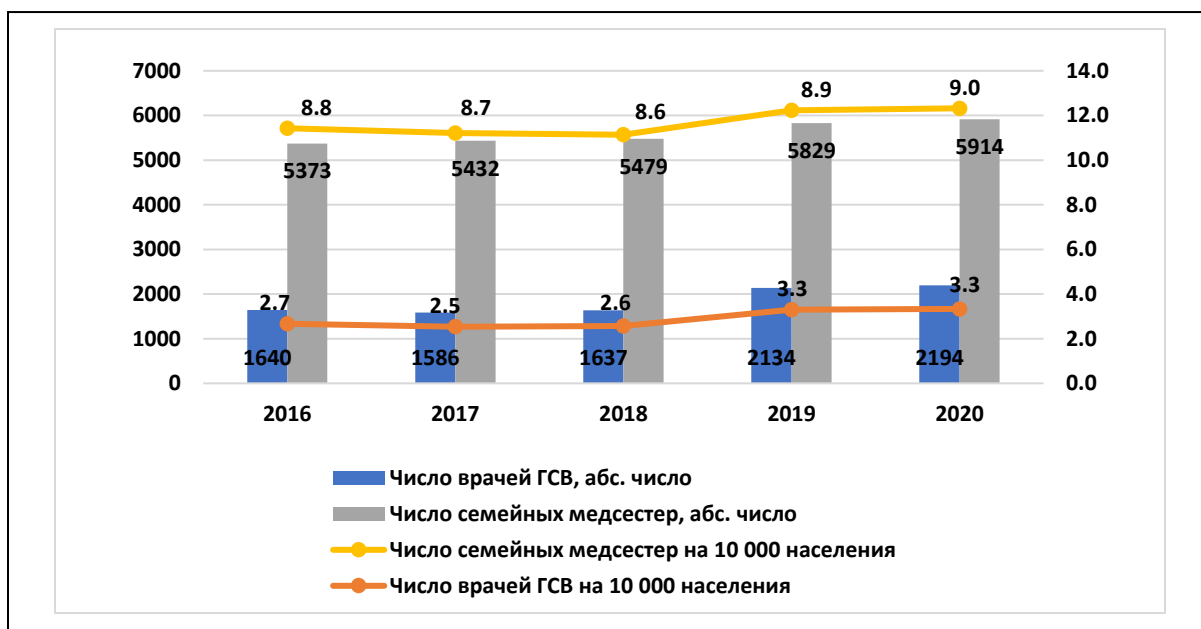
Вопрос обеспечения кадрами является одним из наиболее актуальных и болезненных для сектора здравоохранения. По данным ЦЭЗ в Кыргызской Республике в 2020 году на 10 тысяч населения пришлось 17 врачей, оказывавших медицинскую помощь, тогда как в 2015 году этот показатель составлял 18,4 врача. Наиболее низкая обеспеченность наблюдается в Таласской области – 10,4; в Нарынской области- 10,7, в Чуйской и Джалал-Абадской областях – по 11,7. В то же время в городской местности ситуация с обеспеченностью врачебными кадрами значительно лучше, так в городах Бишкек и Ош на 10 тысяч населения приходится 20,9 и 21,1 врача соответственно.

На 01.01.2021г. в республике действует 662 группы семейных врачей (ГСВ), в которых работает 2194 врача и 5914 семейных медсестер, что на 10000 населения составляет, соответственно, 3,3 и 9,0 (Рис.3). Доля семейных врачей от общего числа врачей на уровне ПМСП составляет в среднем 42%, а семейных медсестер – 55% от общего числа среднего мед. персонала.

Несмотря на серьезные проблемы укомплектованностью медицинским персоналом на уровне ПМСП, в первую очередь семейными врачами, как были введены стимулирующие выплаты, число врачей ГСВ и семейных медсестер увеличилось в связи с тем, что врачи узких специальностей стали проходить перепрофилизацию, как специалисты семейной медицины. Так, например, в 2019г. более 300 педиатров и терапевтов г.Бишкек перешли на должности

семейных врачей. В среднем число семейных врачей увеличилось с 2018 года почти на 30%, а семейных медсестер – на 5%.

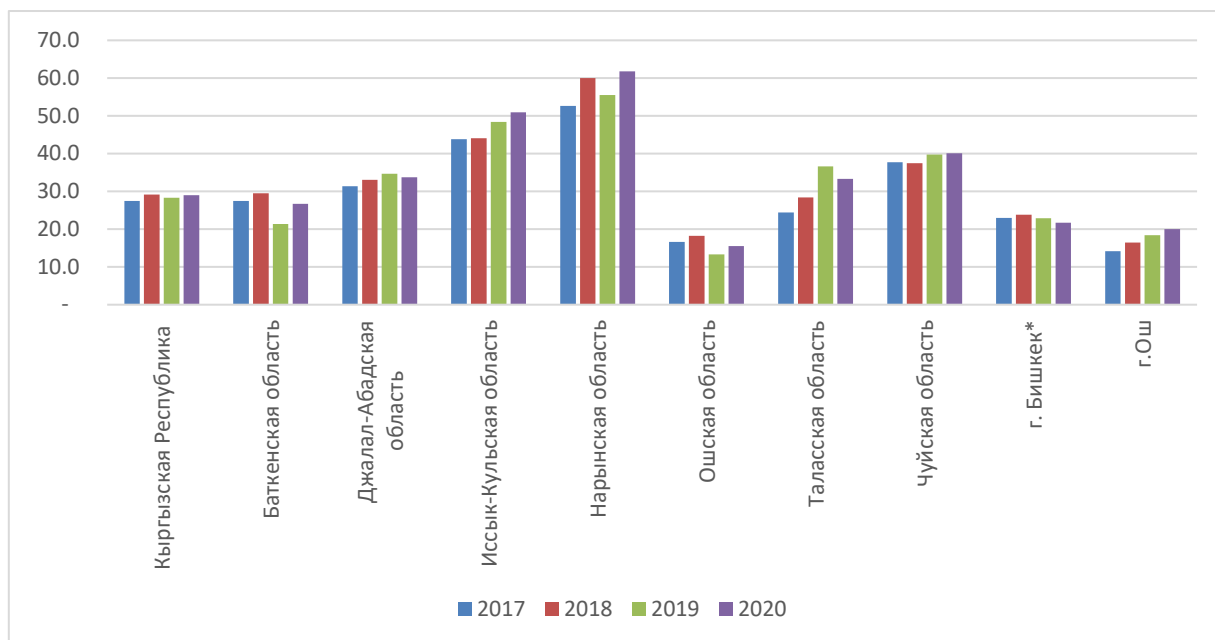
Рисунок 3. Число семейных врачей и семейных медсестер, Кыргызская Республика, 2016-2020гг.



Источник: ЦЭЗ МЗ КР

Среди врачей на уровне ПМСП наблюдается высокий процент работников пенсионного возраста, который к 2020 году практически достиг уровня в 30%. 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.

Рисунок 4. Доля врачей пенсионного возраста на уровне ПМСП в разрезе областей



Источник: Центр электронного здравоохранения при МЗ КР

Наибольшую актуальность данная проблема имеет в Нарынской области, где доля врачей пенсионного возраста за период с 2017 по 2020 годы возросла более чем на 9 процентных пункта и достигла практически 62% от общего числа врачей. Аналогичная ситуация сложилась и в Иссык-кульской области, где доля врачей пенсионного возраста также составила более половины от общей численности врачебного персонала. Более позитивная ситуация наблюдается в Ошской области и г. Бишкеке, где доля врачей пенсионного возраста 15,5% и 21,7% соответственно и к тому же в рассматриваемом периоде имеет место тенденция к сокращению данного показателя. В г. Оше также доля врачей пенсионного возраста составила к 2020 году всего 20%, что является одним из самых низких показателей среди регионов страны, однако в рассматриваемом периоде этот показатель имел устойчивую тенденцию к росту.

4. ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Система предоставления медицинской помощи представлена организациями здравоохранения ПМСП, стационарной помощи вторичного и третичного уровней и организациями общественного здравоохранения.

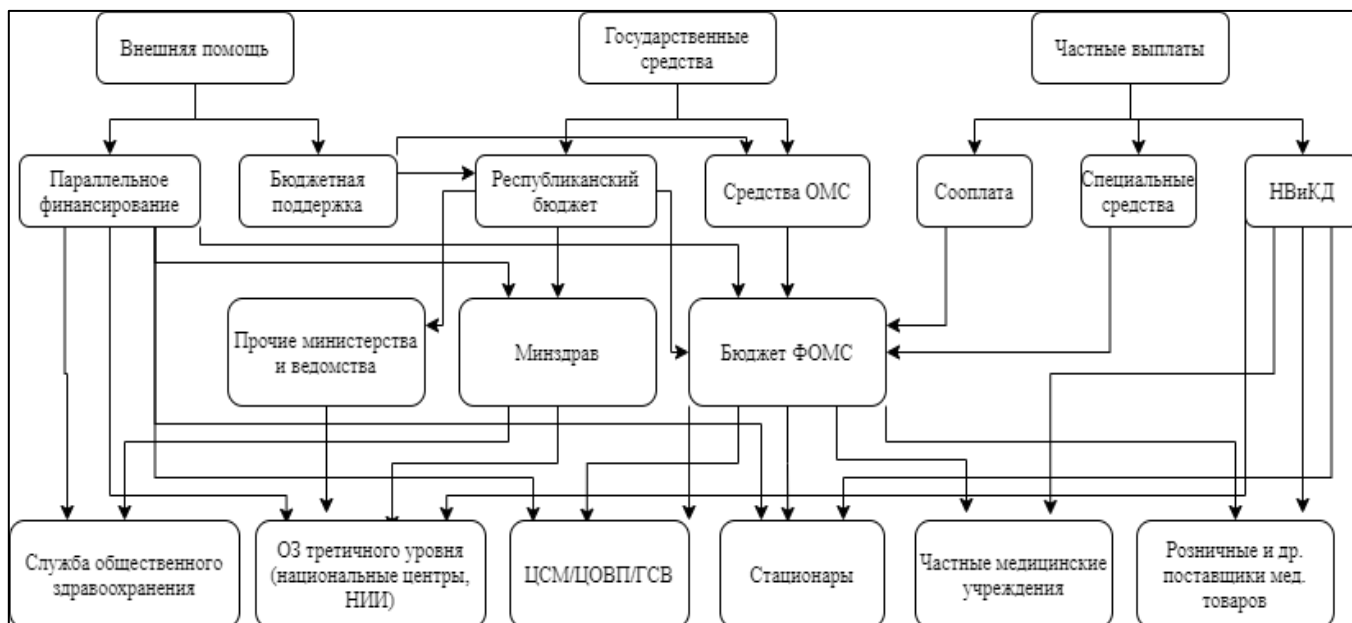
К организациям здравоохранения первичного уровня относятся медицинские учреждения, предоставляющие скорую неотложную медицинскую помощь и ПМСП в амбулаторных условиях. ПМСП населению республики оказывают 11 ЦСМ, 61 Центров общеврачебной практики (ЦОВП), в которых функционирует 698 ГСВ, и 1038 фельдшерско-акушерских пунктов

(ФАП). Оказывают населению неотложную скорую медицинскую помощь 2 станции и 137 отделений скорой медицинской помощи в организациях здравоохранения.

4.1. Сбор и источники финансовых средств

В системе здравоохранения Кыргызской Республики существует три основных источника финансирования: государственное, частное и внешнее финансирование. Государственные источники – это государственный бюджет, пополняемый за счет поступлений от общего налогообложения, и средства 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.

Рисунок 5. Схема финансирования сектора здравоохранения в Кыргызской Республике



4.2. Закупки медицинских услуг

За период с 1995 года одним из важнейших компонентов реформирования сектора явилось изменение системы финансирования, с целью привлечения дополнительных ресурсов введена система ОМС, внедрена система Единого Плательщика и создан единый финансовый пул на национальном уровне, сектор здравоохранения разделен на «плательщика» и «поставщиков». Внедрены новые механизмы финансирования поставщиков медицинских услуг, как оплата за пролеченный случай на уровне стационаров и подушевое финансирование на ПМСП, а также был осуществлен переход на финансирование из государственного бюджета

по «Единой статье», что является необходимым условием для более эффективного использования указанных механизмов оплаты поставщиков.

В рамках реформирования системы финансирования сектора здравоохранения закупки медицинских услуг были разделены на закупку индивидуальных медицинских услуг и услуг здравоохранения, предоставляемых населению. Так, Министерство здравоохранения закупает услуги здравоохранения, предоставляемые всему населению, а Фонд ОМС - индивидуальные медицинские услуги. Основной целью этого разграничения явилось исключение дублирования закупок и интеграции финансирования приоритетных программ.

Основная часть средств, поступающих в сектор здравоохранения идет на закупку индивидуальных услуг Фондом ОМС в рамках Программы государственных гарантий. На уровне ПМСП организации здравоохранения оплачиваются по количеству приписанного населения. Стационары оплачиваются по количеству пролеченных случаев и их сложности. Если пациент застрахован, то это инициирует дополнительную оплату из бюджета Фонда ОМС.

Бюджет ФОМС формируется в основном за счет средств, предусматриваемых в республиканском бюджете на финансирование Программы базового государственного и обязательного медицинского страхования, а также за счет средств страховых взносов на обязательное медицинское страхование, перечисляемых Социальным фондом. С введением в действие Бюджетного кодекса КР с января 2018 года исполнение бюджета ФОМС исполняется отдельно в составе бюджетов бюджетной системы КР. Показатели бюджета ФОМС на предстоящий год рассчитываются в соответствии с требованиями законодательства КР, исходя из усредненного планового показателя за последние три года по количеству пролеченных случаев в ОЗ, предоставляющих стационарные услуги, в системе Единого плательщика, а также с учетом численности граждан, приписанных к ЦСМ и ГСВ по данным базы данных приписанного населения Центра электронного здравоохранения МЗ.

Значительная доля в доходной части бюджета ФОМС приходится на средства, полученные из республиканского бюджета, где с 2017 по 2021 год – долевое значение колеблется с 72 до 76% в общем объеме доходов и с большим ростом в 2020 году, что связано с выделением средств на борьбу с коронавирусной инфекцией.

По средствам ОМС с 2017 по 2021 год – долевое значение колеблется с 17 до 18% в общем объеме доходов и с понижением в 2020 году, что связано с введением на территории КР с 22 марта 2020 года режима чрезвычайной ситуации (распоряжение Правительства КР от 22 марта 2020 года №93-р) связанной с пандемией COVID-19 и вследствие с приостановлением экономической деятельности предприятий и организаций малого и среднего бизнеса. В 2020 году произошло выпадение поступления страховых взносов на ОМС в сумме 191,9 тыс. сомов.

Консолидированный бюджет ФОМС включает средства, передаваемые из республиканского бюджета на базовое государственное медицинское страхование, а также средства,

передаваемые из республиканского бюджета в качестве компенсаций страховых взносов на обязательное медицинское страхование социально уязвимых категорий населения.

Исходя из полученного опыта, в стране был поднят вопрос о необходимости устранения негибких ограничений в движении денежных средств и усовершенствовании модели финансирования на уровне больниц, представляющую собой оплату на основе каждого индивидуального случая и чистую подушевую оплату в системе первичной медико-санитарной помощи. В отсутствии периодических совершенствований в целях улучшения систем приобретения медицинских услуг/оплаты провайдеров на основе оказанных услуг, была создана такая среда стимулов, в условиях которой сложно было добиться расширения спектра задач ПМСП, тогда как на уровне стационаров отмечался чрезмерный рост госпитализаций. Как следствие, тот объем финансовых ресурсов, которое выделяется государством сектору здравоохранения, является недостаточным, что в свою очередь приводит к появлению финансового разрыва при реализации ПГГ. Исследование, проведенное в 2012 году, определило уровень финансового разрыва на уровне стационаров почти в 35%⁵.

4.3. Обзор механизма финансирования ПМСП

ФОМС является плательщиком индивидуальных медицинских услуг, предоставляемых по ПГГ и программам льготного лекарственного обеспечения по ОМС и ПГГ на амбулаторном уровне.

Согласно Закона КР «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения КР» система Единого плательщика – это консолидация финансовых ресурсов здравоохранения из средств базового государственного медицинского страхования и обязательного медицинского страхования с целью последующего проведения одноканального финансирования по расчетам за медико-санитарные и фармацевтические услуги, оказанные населению организациями здравоохранения.

Нормативы финансирования медико-санитарной помощи, оказываемой гражданам в системе Единого плательщика, состоят из базовых нормативов финансирования с корректировкой на поправочные коэффициенты и рассчитываются в соответствии с Методикой расчета базовых нормативов финансирования медико-санитарной помощи, оказываемой гражданам КР по ПГГ⁶.

Финансирование медицинских услуг, оказываемых ГСВ, производится на основе базового подушевого норматива на одного приписанного (обслуживаемого) жителя в год с

⁵ Калиев М. Т., Азизбекова Ж. А., Маматова К. Т., Борчубаева Г. Ш., Дуйшеева Э. А., Шабданов М. Т., Темиров А. Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика. 2012 год.

⁶ Утверждена Постановлением Правительства Кыргызской Республики №300 от 13 июня 2008 года «Об оптимизации методов финансирования медико-санитарной помощи в системе Единого плательщика»

корректировкой на поправочные коэффициенты. Базовый подушевой норматив финансирования ПМСП, предоставляемой врачами ГСВ, - средний расчетный показатель финансирования ПМСП, направляемый за каждого приписанного жителя в год с учетом поправочных коэффициентов, отражающих структуру населения по полу и возрасту, географическое месторасположение ГСВ (сельская местность, отдаленность от административного центра, высокогорье).

ЦСМ и ГСВ являющиеся самостоятельными юридическими лицами, 2 раза в год предоставляют в ТУ ФОМС отчету о численности населения по половозрастному составу, приписанного (обслуживаемого) к ГСВ, которые являются основанием для определения суммы финансирования по подушевому нормативу.

Динамика изменений нормативов финансирования ПМСП по средствам республиканского бюджета и ОМС по уровням оказания медицинских услуг за 2017-2020 годы показана ниже (Таблица 1 и Таблица 2).

Таблица 1. Нормативы финансирования медицинских услуг по средствам республиканского бюджета с 2017 по 2020 годы, сом

	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.
ЦСМ					
г.Бишкек (мест.ОЗ)	165,23	173,03	166,36	161,31	161,90
Остальные области	165,23	173,03	166,36	161,31	161,90
ГСВ					
г.Бишкек (мест.ОЗ)	197,96	178,71	183,83	173,51	172,94
Остальные области	197,96	178,71	183,83	173,51	172,94
Стомполиклиники					
г.Бишкек (мест.ОЗ)	110,94	141,74	140,05	142,62	137,16
Остальные области	110,94	141,74	140,05	142,62	137,16
Скорая помощь					
г.Бишкек (мест.ОЗ)	546 497	568 467	570 055	569 353	563 916
Остальные области	546 497	568 467	570 055	569 353	563 916

Таблица 2. Нормативы финансирования медицинских услуг по средствам ОМС с 2017 по 2020 годы, сом

	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.
Подушевой норматив БП ОМС для ГСВ	200	140	200	200	200
Подушевой норматив ДП ОМС для ГСВ	70	70	70	74	81,5

Финансирование организаций здравоохранения на уровне ПМСП производится на основе договора между Фондом ОМС и организацией здравоохранения, порядок заключения которых определен приказом Фонда ОМС⁷.

Согласно данного порядка, договорной процесс состоит из следующих этапов: (а) анализ, оценка и планирование; (б) заключение договоров с согласованием объемов, целевых показателей, определения коридоров риска; (с) мониторинг исполнения договоров.

При планировании объемов финансирования учитываются индивидуальные особенности каждой организации здравоохранения для обеспечения реальной возможности достижения запланированных результатов, а также принимаются во внимание исходные показатели деятельности данной организации. Планируемые объемы финансирования, целевые показатели (индекс качества по Оценочной карте, показатели по индикаторам договоров, данные по экспертизе качества) и дополнительные условия вносятся в проект договора и направляются в организацию здравоохранения для согласования. В случае, если организация здравоохранения не согласна с целевыми параметрами, отраженными в проекте договора, она представляет свои обоснованные расчеты и предложения для включения в договор. После обсуждения согласованные параметры вносятся в договор, который подписывается руководителями территориальных управлений Фонда ОМС.

При подготовке к заключению договоров с ЦСМ/ГСВ проводится анализ численности приписанного (обслуживаемого) населения с учетом половозрастного состава, а также по социальным группам, льготным категориям для последующего формирования бюджета, а также показателей оценки качества по Оценочной карте, индикаторов исполнения договоров, экспертизы качества отделениями экстренной медицинской помощи .

При заключении договора с областными (городскими) ЦСМ в дополнительные условия включаются пункты по льготному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий с предоставлением регистра больных, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, для последующего мониторинга доступности данных больных к лекарственным средствам.

Если в составе ЦСМ/ГСВ находится отделение (пункт) экстренной медицинской помощи в договоре дополнительно указываются количество бригад и индикативные показатели, относящиеся к деятельности экстренной медицинской помощи.

⁷ Приказ Фонда ОМС при Правительстве Кыргызской Республики от 24 февраля 2020 года №68 «Об утверждении Типовых договоров на предоставление медико-санитарной помощи организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика и Порядка заключения договоров с поставщиками медицинских услуг, участвующих в реализации Программы государственных гарантий».

Для ЦОВП при подготовке к заключению договора проводится анализ деятельности в зависимости от структуры ЦОВП (амбулаторно-поликлиническая служба, стационарные отделения, экстренная медицинская помощь).

По итогам года проводится сравнительный анализ выполнения условий договоров. Результаты исполнения договоров отражаются в годовом отчете организаций здравоохранения и территориальными управлениями Фонда ОМС, обязательно учитываются при заключении договора на последующий год.

Согласно договору, организации здравоохранения должны ежемесячно предоставлять заявку на получение средств бюджета Фонда ОМС, согласно Плану распределения доходов и расходов организации здравоохранения.

4.4. Текущие тенденции в финансировании здравоохранения

За период с 2015 по 2019 год государственные расходы здравоохранения возросли с 13,1 до 14,9 млрд сомов, что дает номинальный рост в 14%. При этом, расходы государственного бюджета возросли чуть более чем на 9%, тогда как расходы за счет средств ОМС за рассматриваемый период увеличились на 47,5%. Однако, в структуре государственных расходов на здравоохранение их доля относительно не велика и составила менее 17%. В то же время, доля государственных расходов на здравоохранение в процентах к ВВП сократилась за рассматриваемый период с 3% до 2,4%. Однако, в 2020 государственные расходы на здравоохранение значительно возросли и составили 20,3 млрд. сомов, что обусловлено необходимостью противодействовать пандемии коронавируса. В связи с пандемией коронавирусной инфекции в стране в течение 2020 года Правительством Кыргызской Республики было выделено из республиканского бюджета на сектор здравоохранения 2 128,2 млн сомов дополнительно к запланированному объему средств, которые были использованы, в частности, для компенсационных выплат медицинским работникам; закупку средств индивидуальной защиты; финансирование деятельности открытых или перепрофилированных инфекционных отделений.

Достижение эффективности является одной из основных задач всех программ реформирования сектора здравоохранения в республике. Избыточные больничные мощности унаследованной советской 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.

Таблица 3. Консолидированный бюджет в рамках Единого Плательщика в разрезе статей расходов, тыс. сом

Статьи	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Заработная плата	6 257 895	6 733 695	6 977 949	7 139 773	7 368 984	8 576 757
Взносы/отчисления на социальные нужды	1 065 533	1 143 469	1 185 930	1 212 647	1 250 887	1 208 601
Командировочные расходы	41 433	37 413	49 351	54 055	54 613	29 495
Услуги связи	20 265	23 666	24 789	27 854	31 980	36 239
Арендная плата	604	704	876	781	575	418
Транспортные услуги	103 146	95 339	115 396	131 278	144 456	155 979
Приобретение прочих товаров и услуг	200 067	197 535	216 269	251 387	268 662	217 428
Приобретение медицинских товаров и услуг	1 156 941	1 357 975	1 322 649	1 437 655	1 462 165	2 661 531
Приобретение продуктов питания	449 658	461 531	485 224	480 140	498 415	465 684
Расходы на текущий ремонт имущества	207 381	218 353	274 577	369 197	317 613	182 353
Приобретение предметов и материалов для текущих хоз целей	376 726	403 198	436 401	454 327	473 749	560 283
Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества	6 312	14 205	16 536	16 714	13 817	101 861
Приобретение угля и других видов топлива	46 099	43 145	49 434	47 672	52 382	53 722
Приобретение услуг охраны	4 018	8 748	9 977	12 154	12 772	18 206
Расходы на оплату услуг Банков	175	128	766	898	1 006	763
Коммунальные услуги	504 665	530 639	548 328	552 708	551 326	544 566

Статьи	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Плата за пользование лифтом	1 413	1 636	1 690	2 102	1 619	1 708
Пособия по социальному обеспечению	-	-	-	254	1 735	-
Пособия по социальной помощи населения	97	39 180	189 295	1 082	1 176	449
Различные прочие расходы	250	28	183	313	6 072	13
Основные фонды	575 875	477 460	501 712	741 910	762 916	424 105
Всего расходов	11 018 551	11 788 047	12 407 333	12 934 902	13 276 920	15 240 162

Источник: Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР

Реструктуризация медицинских учреждений, которая была проведена в рамках реализации программы реформирования сектора здравоохранения «Манас» (1995-2005гг.) позволило в некоторой степени оптимизировать расходы на предоставление медицинской помощи населению. Как следствие, расходы на коммунальные услуги, которые в 90-е годы составляли до четверти от всего бюджета медицинских учреждений, в настоящее время сократились до менее 5%.

Оплата персоналу по-прежнему остаются наибольшей статьёй расходов в бюджете медицинских учреждений, но в среднем не превышает уровня 55%-57%. Однако, этот показатель варьирует от менее 50% в стационарах и до почти 2/3 всех расходов на уровне ПМСП, что обусловлено различным характером предоставления медицинских услуг на первичном и вторичном уровнях оказания медико-санитарной помощи населению. Так, в стационарах помимо оплаты персоналу значимыми статьями расходов являются приобретение медикаментов и питания, доля которых с 2018 по 2020 год возросла с 20% до 25%, тогда как на уровне ПМСП расходы по этим статьям не превышают обычно 6% от общего бюджета. Исключением стал 2020 год, когда вследствие пандемии коронавируса, расходы на медикаменты и медицинские изделия значительно увеличились (до 12%), что обусловлено в том числе и закупками средств стерилизации и средств индивидуальной защиты для персонала.

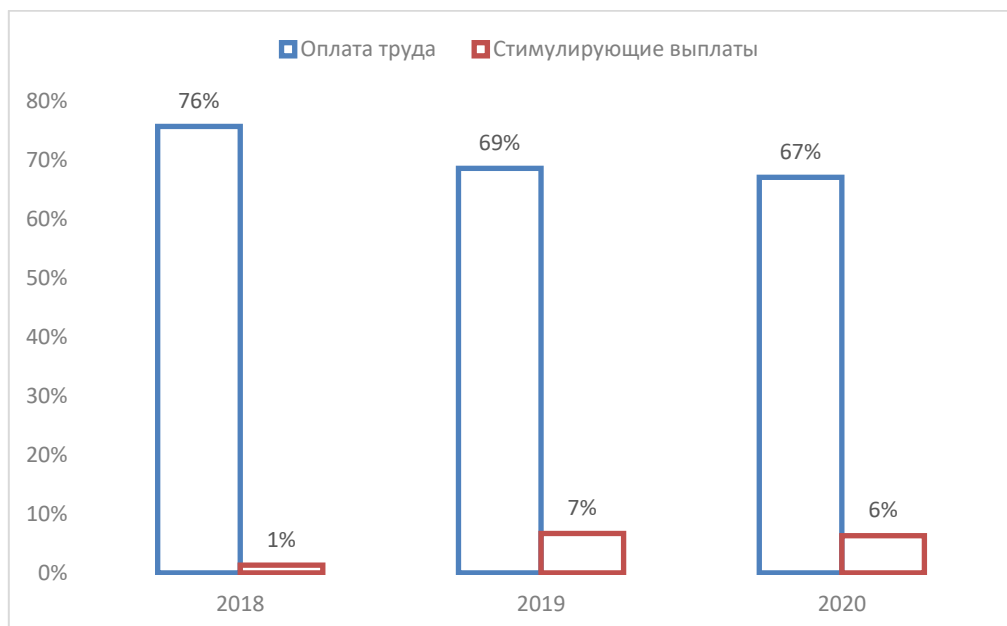
Таблица 4. Структура затрат медицинских учреждений по статьям расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи, %

Статьи	2018		2019		2020	
	Стационар	ПМСП	Стационар	ПМСП	Стационар	ПМСП
Заработная плата	48,7%	65,8%	49,5%	64,3%	51,1%	64,0%
Взносы/отчисления на социальные нужды	8,3%	11,2%	8,4%	11,0%	7,0%	9,4%
Командировочные расходы	0,3%	0,6%	0,3%	0,6%	0,1%	0,3%
Услуги связи	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
Арендная плата	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Транспортные услуги	0,7%	1,6%	0,8%	1,5%	0,7%	1,5%
Приобретение прочих товаров и услуг	2,0%	1,9%	2,0%	2,1%	1,5%	1,4%
Приобретение медицинских товаров и услуг	14,7%	5,1%	15,0%	5,2%	21,2%	11,9%
Приобретение продуктов питания	5,5%	0,7%	5,8%	0,7%	4,7%	0,6%
Расходы на текущий ремонт имущества	3,2%	2,3%	2,4%	2,4%	1,6%	0,6%
Приобретение предметов и материалов для текущих хозяйственных целей	3,7%	3,1%	3,7%	3,4%	3,4%	4,0%
Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,7%	0,7%
Приобретение угля и других видов топлива	0,2%	0,6%	0,3%	0,6%	0,2%	0,6%
Приобретение услуг охраны	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%
Расходы на оплату услуг Банков	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Коммунальные услуги	5,2%	2,8%	5,2%	2,6%	4,4%	2,3%
Плата за пользование лифтом	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Пособия по социальному обеспечению	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Пособия по социальной помощи населению	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Различные прочие расходы	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Основные фонды	6,9%	3,8%	6,2%	5,1%	3,1%	2,3%
Всего расходов	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Источник: Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР

Надо отметить, что несмотря на то, что доля расходов на оплату труда в организациях здравоохранения на уровне ПМСП достаточно высока, однако средства, направляемые на финансирование стимулирующих выплат в целом составляли не более 7% от общих расходов.

Рисунок 6. Доля ФОТ и стимулирующих выплат от общих расходов на ПМСП



Источник: Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР

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. Не беря во внимание то, какое воздействие это оказывало на пациентов, следует отметить, что при такой системе неэффективно использовались огромные средства.

Таблица 5. Распределение средств Единого Плательщика по видам оказываемых медицинских услуг, млн сом

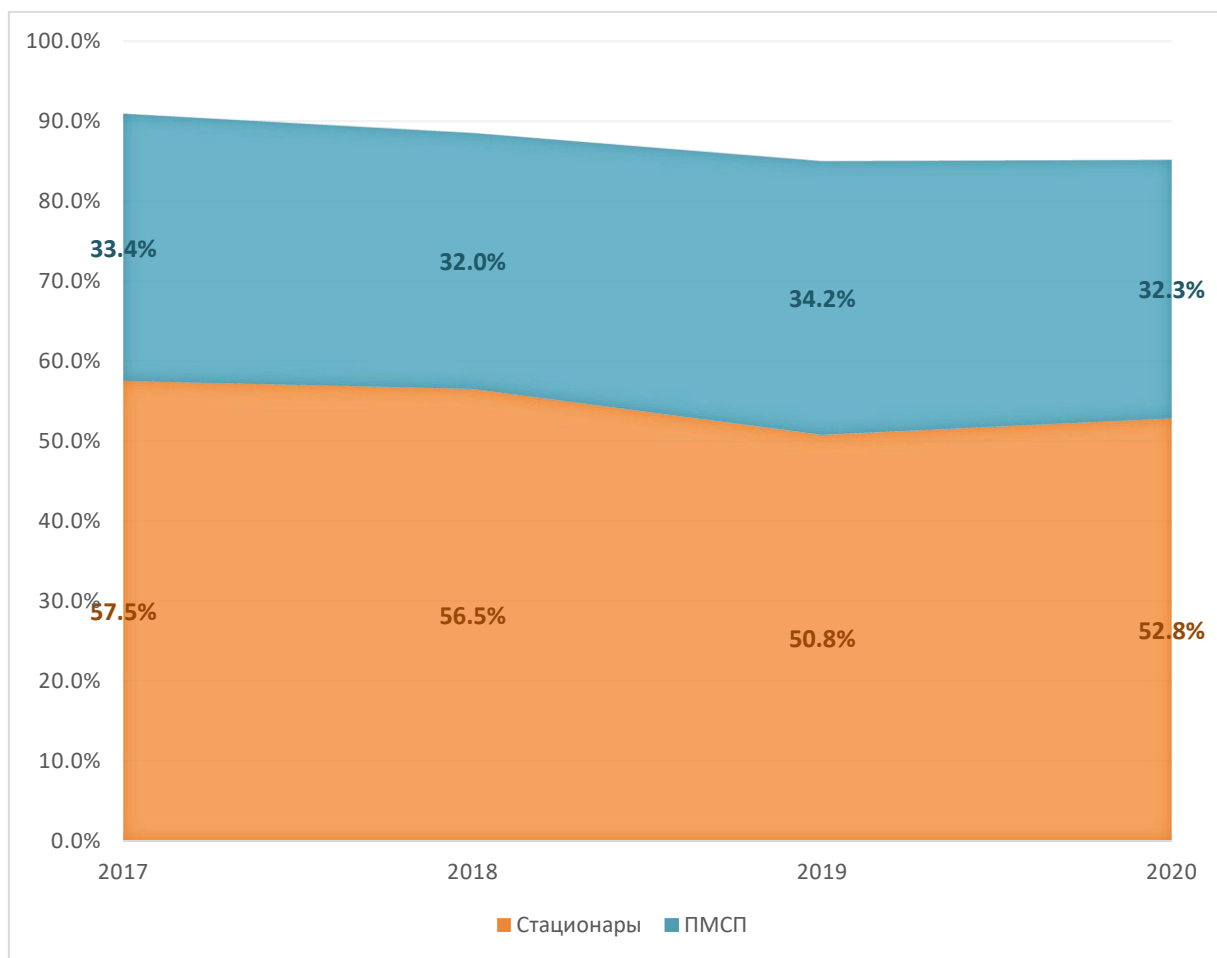
	2017	2018	2019	2020
Льготное лекарственное обеспечение ПГГ	35,8	42,7	48,0	55,0
Льготное лекарственное обеспечение ОМС	228,6	276,8	286,4	307,1
Медицинские услуги общего профиля	4 383,0	4 582,5	5 372,5	5 659,4
Специализированные медуслуги (частные ОЗ по ОМС)	6,9	8,2	5,0	5,3
Специализированные медуслуги (гемодиализ)	189,2	354,0	580,0	897,1

	2017	2018	2019	2020
Стоматологические услуги	296,9	319,4	327,2	317,5
Услуги больниц общего профиля	4 970,1	5 343,0	5 252,6	6 255,6
Услуги специализированных больниц	1 685,0	1 708,8	1 715,8	2 046,2
Услуги медицинских центров, гинекологических больниц и родильных домов	259,0	322,6	322,4	292,4
Услуги больниц и центров восстановительного лечения для детей	640,3	729,2	689,9	673,6
Станции скорой и неотложной помощи	120,8	131,2	131,2	163,1
Научные исследования и опытно-конструкторские разработки в области здравоохранения	157,2	176,1	162,7	162,6
Средства ОФ "Фонд поддержки онкологической службы"	-	-	478,2	403,7
Административные расходы	126,9	126,6	139,6	121,2
Расходы на информационное обеспечение	9,7	14,7	15,0	16,1
Расходы на поддержку и развитие здравоохранения	25,0	25,0	4,1	4,3
Страховой запас	-	180,0	190,0	157,1
Всего	13 134,3	14 340,6	15 720,6	17 537,3

Источник: Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР

Необходимо отметить, что еще в 2000 году доля расходов на амбулаторную помощь составляла всего лишь 10% от государственных расходов на здравоохранение. Однако, в процессе реализации программ реформирования здравоохранения происходило смещение акцентов от более затратной стационарной лечебной помощи к более доступной амбулаторной, что в свою очередь оказывало влияние на доступность медицинских услуг для всех категорий населения республики. Как следствие, к 2017 году расходы на предоставление медицинских услуг на первичном уровне достигли порядка 33,4% от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика, тогда как расходы на стационары сократились до 57,5%. В период после 2017 годам тенденции сокращения расходов на стационары сохранялась и к 2020 году этот показатель составил менее 53%, тогда как доля расходов на первичный уровень в этот период незначительно колебалась, но в среднем за период составляла треть всех расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика.

Рисунок 7. Доля затрат на ПМСП и стационары в рамках консолидированного бюджета системы Единого плательщика.



Источник: Фонд обязательного медицинского страхования при МЗ КР

Повышение доли финансирования стационаров в 2020 году относительно 2019 года было обусловлено ситуацией, сложившейся в условиях пандемии коронавируса и необходимостью выделения дополнительных средств на оказание стационарной медицинской помощи населению. В то же время, введенные меры по борьбе с пандемией ограничили доступ населения к медицинским услугам, что отразилось как на уровне госпитализаций, которые снизились на 22% относительно 2019 года, так и на количестве амбулаторных посещений снизившихся почти на треть по сравнению с 2019 годом.

Сопоставление таких показателей, как повышение уровня финансирования, сокращение количества обращений населения и динамика уровня заболеваемости, указывает на необходимость пересмотра подходов по дальнейшему развитию системы повышения качества деятельности ПМСП и расширению доступа к медицинским услугам. В связи с этим становится актуальным вопрос дальнейшего развития механизмов финансирования ПМСП с учетом более объективной оценки качества предоставляемых услуг населению и прозрачным мониторингом достигнутых результатов деятельности.

5. МЕХАНИЗМЫ СТИМУЛИРУЮЩИХ ВЫПЛАТ ПО ИНДИКАТОРАМ НА ОСНОВЕ ДОСТИГНУТЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

Поскольку Кыргызская Республика вступила в новую фазу реформ финансирования системы здравоохранения, одной системы подушевой оплаты стало недостаточно для обеспечения улучшенного выявления и управления заболеваниями на уровне ПМСП, а также для улучшения системы координирования медицинской помощи на всех уровнях. Поэтому в октябре 2018 года МЗ и ФОМС начали внедрение системы оплаты по результатам работы, комбинированную с системой подушевой оплаты на ПМСП. Одним из ее ключевых элементов стало внедрение механизма выплат по индикаторам на основе достигнутых результатов семейных врачей/ врачей общей практики за период 2018-2021 гг.

Внедрение данного механизма было обусловлено необходимостью повышения эффективности работы семейных врачей и повышения их статуса, а также привлечения специалистов семейной медицины в организации здравоохранения, в том числе в сельской местности.

В 2018 году во исполнения постановления Правительства КР №451 от 28.09.2018г. с 1 октября 2018г. было начато внедрение выплат семейным врачам и врачам общей практики по результатам оценки работы на основе индикаторов, а также была установлена доплата в размере 30 процентов от базового оклада семейным медицинским сестрам и среднему персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, имеющим свидетельство (удостоверение) семейного врача и семейной медицинской сестры (<http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/12609>).

При этом гарантированная зарплата, которая была у семейных врачей оставалась на прежнем уровне и производились дополнительные выплаты по результатам исполнения выбранных индикаторов.

Индикаторы оценки работы семейных врачей в рамках механизмов стимулирующих выплат были разработаны с учетом приоритетных направлений здравоохранения, таких как охрана здоровья матери и ребенка, профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

Индикаторы отражали повседневную работу семейных врачей по предоставлению медицинской помощи населению и были направлены на улучшение качества услуг. Объемы выплат зависели от вклада каждого семейного врача, т.к. оценивались результаты каждого врача по достигнутым индикаторам.

Ежемесячные выплаты семейным врачам проводились из средств республиканского бюджета Фондом ОМС.

В целях отслеживания результатов по индикаторам было разработано «Методическое руководство по формированию и расчету выплат по результатам оценки работы на основе индикаторов семейным врачам и врачам общей практики»⁸.

Процесс расчета результатов по каждому индикатору и по сумме за 12 индикаторов был полностью автоматизирован.

Показатели по данным индикаторам формировались из электронной базы данных «Амбулаторный КИФ», которая администрируется Центром электронного здравоохранения при МЗКР.

По результатам деятельности семейными врачами заполнялись КИФы и вводились в базу данных «Амбулаторный КИФ», из которой автоматически могла формироваться Карта оценки результатов работы по каждому семейному врачу. Эти отчеты проверялись и подписывались и руководителем соответствующего структурного подразделения (клинического руководителя ГСВ).

Сводные карты результатов по всем ОЗ могли формироваться автоматически из базы данных «Амбулаторный КИФ», после утверждения руководителем ПМСП и передавались в бухгалтерию для начисления индивидуальных размеров выплат для семейных врачей.

В итоге данные по результатам исполнения индикаторов в разрезе областей/районов/организаций здравоохранения из базы данных «Амбулаторный КИФ» получали специалисты областных Центров электронного здравоохранения, после чего передавали полученные результаты в ТУ Фонда ОМС в регионах. С другой стороны, в ТУ ФОМС, для осуществления выплат, ежемесячно подавали сведения непосредственно также сами организации здравоохранения.

Оплата семейным врачам проводилась за исполнение всех индикаторов, по сумме итогов всех 12 индикаторов. Начисления баллов и выплат по индикаторам начинались с 50% выполнения индикаторов (при показателе индикатора ниже 50% баллы не начислялись и выплаты не производились).

Начисления баллов производились в зависимости от процента исполнения каждого индикатора и отражались в карте оценки результатов оценки семейного врача. По абсолютным индикаторам баллы начислялись при достижении определенного числа обслуженных пациентов. В сумме максимально возможный балл по всем 12 индикаторам семейных врачей составлял 100 баллов.

Фондом ОМС был утвержден базовый норматив за 100 баллов в сумме 19809 сом, соответственно за 1 балл сумма составляла 198,09 сом.

⁸ Приказ МЗКР № 688 и ФОМС при ПКР № 311 от 04.10.2018 г. «О внедрении порядка выплат семейным врачам и врачам общей практики за результаты деятельности на основе достигнутых результатов».

Рисунок 8. % исполнения индикаторов и объем проведенных выплат семейным врачам/ врачам общей практики, Кыргызская Республика, 2018-2020гг.



В 2018 году был утвержден временный поправочный коэффициент к итоговым баллам оценки работы для СВ/ВОП в размере 1,65 на период с 1 октября по 30 ноября 2018 года и применялся он при выполнении индикатора на 60% и ниже. При достижении 61 баллов и выше, расчет ежемесячной суммы выплаты производился по максимальному уровню начисленных баллов (100 баллов).

В общем, за период с октября 2018 года и до конца 2020 года, объем выплат за результаты семейным врачам Фондом ОМС составил 662 924,8 тыс. сомов.

Заработная плата работников организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) составила (по оперативным данным) в среднем для врачей 10490,0 сомов, среднего медицинского персонала – 10774,66 сомов, младшего медицинского персонала – 7231,0 сомов, прочего персонала – 9560,67 сомов. При этом средняя заработная плата семейного врача составила в 2020 году 22 840,0 сомов, из которых 12 350,0 сомов (54%) – это были доплаты на основании стимулирующих выплат по показателям деятельности⁹.

Средний процент (%) выполнения индикаторов, по данным ФОМС, в среднем по республике, составляет от 62,5 (2020) до 66,7% (2019) (из 100% максимально возможных).

Если в 2019 году отмечается рост среднего % выполнения индикаторов по сравнению с 2018 годом (+ 2,2%), то в 2020 году регистрируется снижение данного показателя на 4,2%, что не может отражать истинной картины ситуации, в связи с особыми условиями работы организаций здравоохранения и ограничениями, связанными с пандемией COVID19, особенно в 2020 году.

5.1. Индикаторы по стимулирующим выплатам на основе достигнутых результатов

Разработка перечня индикаторов для оценки результатов работы семейного врача/ВОП проводилась совместно специалистами Министерства здравоохранения, Фонда ОМС, Центра электронного здравоохранения и с участием представителей первичного звена

⁹ <http://foms.kg/page/reports>

здравоохранения (руководители, заместители руководителей по лечебной работе, руководители ГСВ и т.д.).

При разработке перечня индикаторов учитывались программы, реализующиеся в настоящее время в секторе здравоохранения и приоритетные направления деятельности МЗКР.

Решено было сделать акцент на тех индикаторах, которые отражали бы качество оказываемых медицинских услуг населению, в особенности по охране здоровья матери и ребенка (беременных/ новорожденных/детей в возрасте до 5 лет), неинфекционных заболеваниях (гипертоническая болезнь/ сахарный диабет), инфекционных заболеваниях (туберкулез). Выбранные индикаторы согласовались также с индикаторами Оценочной карты для ПМСП, которая используется Фондом ОМС для проведения комплексной оценки работы организаций здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий.

Следует иметь в виду, что при разработке индикаторов не предполагалась необходимость ежемесячного достижения высокого уровня выполнения каждого из индикаторов врачами ГСВ (например, некоторые индикаторы имеют привязку к сезонности), однако в общем выбранные индикаторы должны были направить внимание врачей на «проблемные» вопросы.

За время внедрения стимулирующих выплат с октября 2018 года по апрель 2021 года пересмотр и изменение перечня индикаторов проводилось четырежды, что закреплено совместными приказами МЗ КР и Фонда ОМС (Приложение 1).

Первоначально в 2018 году было разработано и утверждено 9 индикаторов, в начале 2019 года перечень индикаторов был пересмотрен: исключен индикатор по тестированию на туберкулез с использованием Xpert MTB/RIF как неэффективный (т.к. такие случаи не так часты и ежемесячный мониторинг данного индикатора по каждому врачу ГСВ практически давал нулевые результаты) и добавлены 4 новых индикатора (по выявлению новых случаев сахарного диабета и контролю уровня глюкозы в крови, обследованию беременных на гемоглобин, бактериурию и патронажу родильниц на дому).

В конце 2019 года была изменена формулировка индикаторов по патронажу новорожденных и родильниц (доля новорожденных, обслуженных семейным врачом/ВОП в первые 3 дня после выписки из родильного дома, % и доля родильниц, обслуженных семейным врачом в первые три дня после выписки из родильного дома, %)

Последний пересмотр индикаторов был проведен в феврале 2021 года. Общее число индикаторов было сохранено с предыдущего пересмотра – 12. Исключен индикатор по патронажу родильниц, изменена формулировка индикатора по плановым профилактическим посещениям врача ГСВ ребенком до 1 года. Индикатор по приему беременными женщинами фолиевой кислоты стал комплексным – в формулировку добавлен прием беременными

препаратов йода и железа, в соответствии с измененным клиническим протоколом. Также был добавлен новый индикатор по вакцинации детей в возрасте 5-7 месяцев пентовакциной.

Для обеспечения объективности и исключения влияния человеческого фактора, в конечном итоге были оставлены только те индикаторы, показатели по которым имеются в КИФ для того, чтобы их можно было получать автоматически из компьютерной базы данных «КИФ-амбулаторный».

Сама «Карта учета амбулаторных посещений» также пересматривалась в процессе работы по механизмам стимулирующих выплат, соответственно, вносились изменения в компьютерную базу данных «КИФ- амбулаторный» и программный модуль по стимулирующим выплатам.

Перечень и вносимые изменения в перечень индикаторов деятельности семейных врачей представлены в Приложении 2.

Для проведения анализа эффективности работы тех или иных индикаторов, оценки полноты и достоверности данных была разработана специальная методология верификации¹⁰ данных для мониторинга процесса специалистами ТУ ФОМС.

Ожидалось, что верификация будет проводиться регулярно, по итогам полугодия. За все время внедрения стимулирующих выплат верификация была проведена только по итогам за 1-е полугодие 2019 года в соответствии с утвержденным порядком. В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией больше верификаций индикаторов работы семейных врачей/врачей общей практики не проводилось.

Верификация проводилась по 2-м критериям:

- соответствие данных КИФ с записями в амбулаторной карте пациента;
- соответствие проведенного обследования, лечения утвержденным клиническим протоколам.

5.2. Анализ эффективности индикаторов на основе результатов на основе форм статистической отчетности ЦЭЗ

Анализ эффективности индикаторов на основе результатов проводился по данным форм годовой статистической отчетности ЦЭЗ за 2018 – 2020 гг. по республике в целом.

Анализ в сравнении был проведен только по тем индикаторам, исходные данные для расчета которых собираются постоянно на рутинной основе в формах государственной/ведомственной статистической отчетности.

¹⁰ Порядок проведения верификации индикаторов оценки работы семейных врачей/врачей общей практики на основе достигнутых результатов, утвержденного приказом МЗ КР № 799 и Фонда ОМС № 224 от 30 июля 2019 г.

Все индикаторы приведены за период с 2016 по 2020 гг., для отслеживания динамики за 5 лет (включая 2 года до введения выплат) и сравнения ее до и после введения стимулирующих выплат за результаты семейным врачам/ ВОП.

Индикаторы, сбор информации для расчета которых проводился в формах статистической отчетности ЦЭЗ:

- 1) Число новорожденных, обслуженных семейным врачом (врачом общей практики) в первые 3 дня после выписки из родильного дома (абс. число);
- 2) Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ, %;
- 3) Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, %;
- 4) Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель, %;
- 5) Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью, абс. ч.;
- 6) Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом за отчётный месяц, абс. число.

Индикаторы, информация для расчета которых была частично отражена в формах статистической отчетности ЦЭЗ:

- 7) Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту¹¹, препараты йода и железа в соответствии с клиническим протоколом, %.
Данный индикатор комплексный. В формах статистической отчетности проводился сбор информации по приему беременными женщинами всех трех препаратов по отдельности. Сбор информации по приему беременными препаратами железа начат с 2017 года.
- 8) Доля беременных женщин, в сроке до 12 недель, обследованных на гемоглобин и бактериурию в соответствии с клиническим протоколом, %.

В формах статистической отчетности проводился сбор данных по беременным, обследованным на анемию. Сведения по обследованию на бактериурию не отслеживаются отдельно, но это обследование входит в базовый пакет антенатальных услуг¹², который должен предоставляться всем женщинам.

- 1) Индикатор **«Число новорожденных, обслуженных семейным врачом (врачом общей практики) в первые 3 дня после выписки из родильного дома».**

¹¹ Так как индикатор рассчитывается и оценивается ежемесячно, то в числителе учитывается число беременных женщин, посетивших семейного врача в последний месяц, которые принимают фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом, в знаменателе – общее число беременных женщин, посетивших семейного врача за этот месяц

¹² В базовый пакет антенатальных услуг входит: обследование беременной на бактериурию, ведение гравидограммы, определение белка в моче, контроль АД

Сбор данных проводился в форме ведомственной статистической отчетности № 12- здоров «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (Центра семейной медицины, ГСВ)». Динамика индикатора представлена на Рис.2

Первоначально данный индикатор имел несколько иную формулировку – «Доля новорожденных, обслуженных семейным врачом/ВОП в первые 3 дня после выписки из род.дома» и мониторировался в % от общего числа новорожденных, поступивших под наблюдение организации, оказывающей первичную медико-санитарную

помощь (ПМСП). В конце 2019 года формулировка индикатора была изменена: «доля» заменена на «число» новорожденных¹³.

Как видно из Рис. 8, в 2016-2018гг. отмечается снижение доли новорожденных, обслуженных в первые 3 дня после выписки из родильного стационара врачом ГСВ (- 3,1%), несмотря на то, что в абсолютном выражении в 2018г. имеется некоторое увеличение числа новорожденных по сравнению с 2017 годом (+7455), что объясняется увеличением числа родившихся с введением единовременной выплаты при рождении каждого ребенка - "балага суйунчу"¹⁴. В 2019 году отмечается рост как доли, так и числа новорожденных, посещенных в первые 3 дня после выписки из род. дома (+2,5% по сравнению с 2018 годом), что может говорить о положительном воздействии стимулирующих выплат на оказание данной медицинской услуги. В 2020 году уровень индикатора **снизился на 1,1%**, что может быть объяснено ограничивающими контактами мерами в условиях пандемии COVID-19.

2) Индикатор «Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ»



¹³ Данное решение было принято в виду того, что возрастной состав приписанного населения у каждой ГСВ разный, включая число новорожденных, поступивших под наблюдение семейного врача, ввиду чего «доля новорожденных» не позволяет корректно оценить реальный объем работы, проведенной семейным врачом

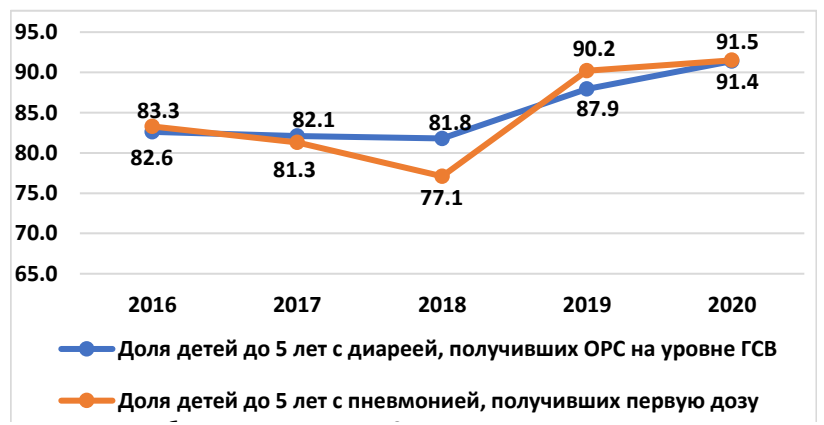
¹⁴ Закон «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» от 28 июля 2017 года № 163 <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/111670>

3) Индикатор «Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ»¹⁵

Сбор данных для расчета индикаторов проводился по форме ведомственной статистической отчетности № 12- здоров «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (Центра семейной медицины, ГСВ)»¹⁶.

Индикаторы остались неизменными с октября 2018 года. За период 2016-2018гг. отмечается снижение доли детей в возрасте до 5 лет, как

Рисунок 10. Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших ОРС и с пневмонией получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (%)



получивших оральные регидратационные средства (ОРС) при диарее, так и первую дозу антибиотика при пневмонии на уровне ГСВ (снижение, соответственно, на 1,8 и 6,7%), Рис.9. Учитывая то, что стимулирующие выплаты врачам ГСВ были начаты с октября месяца 2018 года, то их влияние нельзя еще отследить по уровню индикаторов за 2018 год. По итогам же 2019 года отмечается положительная тенденция в динамике обоих индикаторов (соответственно, + 7,5 и 17,0%), что может говорить о положительном воздействии стимулирующих выплат на оказание данных медицинских услуг. Несмотря на ограничения, связанные с пандемией COVID19, в 2020 году рост уровня данных индикаторов продолжался (+ 4,0 и 1,4% по сравнению с 2019 годом), т.к. в этот период в регионах организовывались подворные обходы для активного выявления больных COVID-19, и если при визитах выявлялись дети с диареей, пневмонией или другие неотложные состояния, медицинскими работниками оказывалась соответствующая помощь. В общем за период с 2018 по 2020 гг. рост уровня индикаторов составил **11,7 и 18,7%**, соответственно.

Улучшение эффективности работы ПМСП по данным двум индикаторам отмечается по показателям стационара. Так, при сравнении данных по числу зарегистрированных заболеваний у детей в возрасте до 5 лет на уровне ПМСП и данных по пролеченным случаям

¹⁵ Так как индикатор рассчитывается и оценивается ежемесячно, то в числителе учитывается число детей в возрасте до 5 лет с диареей/пневмонией, получивших за последний месяц ОРС/ первую дозу антибиотика на уровне ГСВ, в знаменателе – общее число детей в возрасте до 5 лет с диареей/пневмонией, посетивших семейного врача за этот месяц

¹⁶ Во всех формах статистической отчетности МЗКР сбор информации проводится только в абсолютных числах, так как сбор уже рассчитанных индикаторов затруднил бы логическую проверку данных при приеме отчетов и увеличил бы риск ошибок.

стационаров¹⁷, отмечается снижение числа пролеченных в стационаре детей в возрасте до 5 лет, как по поводу ОКИ (в 2019г. – на 21,5% по сравнению с 2017г.; в 2020г. – на 57,2%), так и по поводу пневмонии (в 2019г. – на 14,5%; в 2020г. – на 31,6%). Снижение уровня индикаторов начинается с 2018 года, что позволяет предположить, что данная динамика может быть связана с введением стимулирующих

выплат. Причем следует отметить, что если до 2019 года уровень госпитализированных детей с ОКИ (на 100000 населения) превышал уровень выявленных заболеваний на уровне ПМСП в 1,7-1,2 раза, что свидетельствует о том, что достаточно большая доля детей напрямую госпитализировались в стационар, минуя врачей ГСВ, то с 2019 года он стал в 1,3 раза ниже его. Однако, уровень пролеченных в стационаре детей до 5 лет с пневмонией, несмотря на общее снижение, остался выше, чем уровень распространенности пневмонии по регистрации на уровне ПМСП (Рис. 10).

Снижение числа зарегистрированных заболеваний и, соответственно, госпитализаций детей до 5 лет при ОКИ и пневмонии в период пандемии COVID-19 может быть объяснено введением ограничительных мер (закрытие детских учреждений/игровых площадок/ ограничение работы общественного транспорта и др.), что позволило уменьшить контакты между детьми, а также проводимой информационной работе с населением по профилактическим мерам (мытье рук/ использование масок и др.). Ограничение доступа к медицинским услугам детей в возрасте до 5 лет также может иметь место¹⁸, однако, учитывая тот факт, что ОКИ и пневмония относятся к неотложным состояниям, а также то, что в регионах организовывались подворные обходы в период пандемии, можно предположить, что ограничение доступа к медицинским услугам детей в возрастной группе до 5 лет было минимальным.

Рисунок 11. Число детей в возрасте до 5-лет с ОКИ и пневмонией, зарегистрированных на уровне ПМСП и пролеченных в стационарах, Кыргызская Республика, 2016-2020гг.



¹⁷ Формы государственной статистической отчетности «Отчет о заболеваемости и профилактической работе ЦСМ, ГСВ, диспансера», форма № 12; «Отчет о деятельности стационара», форма № 14

¹⁸ По данным кластерного опроса «Воздействие COVID-19 на положение женщин и детей» (MICS2020; НСК КР, ЮНИСЕФ) доля домохозяйств, в которых хотя бы один человек нуждался в медицинской помощи и не получил ее во время вспышки COVID-19, составила 20%, однако, в опросе не уточняется возраст нуждающихся лиц; <https://www.unicef.org/kyrgyzstan/ru/отчеты/публикации?page=%2C0#listAnchor>

4) Индикатор **«Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель».**



Сбор данных проводится в форме ведомственной статистической отчетности № 12- здрав «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (Центра семейной медицины, ГСВ)». Индикатор остался неизменным с октября 2018 года. За период с 2016 по 2018гг. отмечается рост доли женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель (+ 1,6%), в 2019 году, напротив,

отмечается отрицательная динамика показателя **(-0,5% по сравнению с 2018 годом)**. В 2020 году, несмотря на пандемию COVID19, уровень индикатора опять поднимается до 80,0% **(+0,4%)** (Рис.11).

Данный индикатор зависит от работы врача ГСВ несколько опосредовано, так как на учет по беременности врач берет женщин по обращаемости. Однако, при работе с беременными женщинами, при проведении консультаций, важность ранней постановки на учет к врачу должна быть разъяснена, чтобы при планировании последующих беременностей женщина была информирована. В связи с этим, влияние стимулирующих выплат на данный индикатор и более значимое повышение уровня индикатора возможно могло наблюдаться через 2-3 года работы. Однако, данные показали, что в 2020 году у беременных была доступность к получению антенатальных услуг, несмотря на чрезвычайную ситуацию в стране в связи с пандемией COVID19¹⁹ и, возможно, выплаты семейным врачам/ ВОП послужили одним из стимулов в улучшении услуг беременным.

- 5) Индикатор **«Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью»** и
6) Индикатор **«Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом за отчётный месяц»**

Сбор данных проводился в форме ведомственной статистической отчетности № 12 «Отчет о заболеваемости и профилактической работе ЦСМ, ГСВ, диспансера».

¹⁹ Высокий уровень доступа беременных к услугам антенатального ухода в период пандемии COVID-19 в Кыргызской Республике подтверждается данными MICS2020: процентная доля женщин, которые наблюдались во время беременности как минимум один раз у квалифицированного медицинского персонала -100%

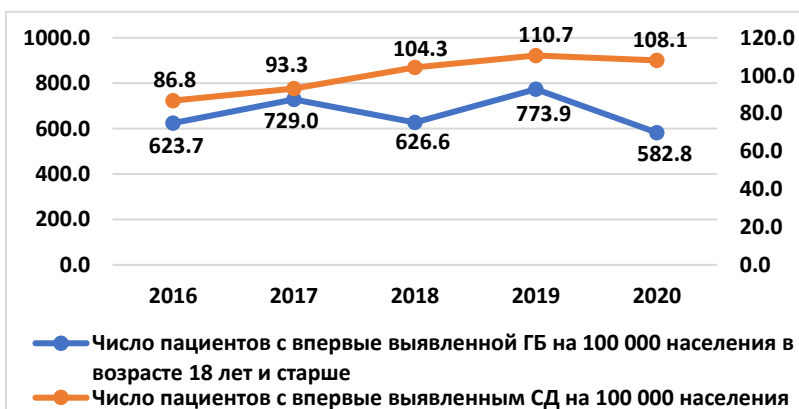
Индикатор по выявлению новых случаев гипертонической болезни остался неизменным с начала введения стимулирующих выплат, с октября 2018 года, а индикатор по выявлению новых случаев сахарного диабета был введен в марте 2019 года.

При анализе абсолютных чисел вновь выявленных случаев гипертонической болезни (ГБ) видно, что число новых случаев болезни в 2019 году выросло по сравнению с 2018 годом более, чем на 6300 случаев.

Аналогичную динамику отражает показатель заболеваемости ГБ на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше (Рис.12) – рост с 626,6 до 773,9 на 100 000 взрослого населения (+23,5%), что может говорить о положительном влиянии стимулирующих выплат на работу по активному выявлению ГБ, что позволит своевременно начать лечение и предотвратить осложнения.

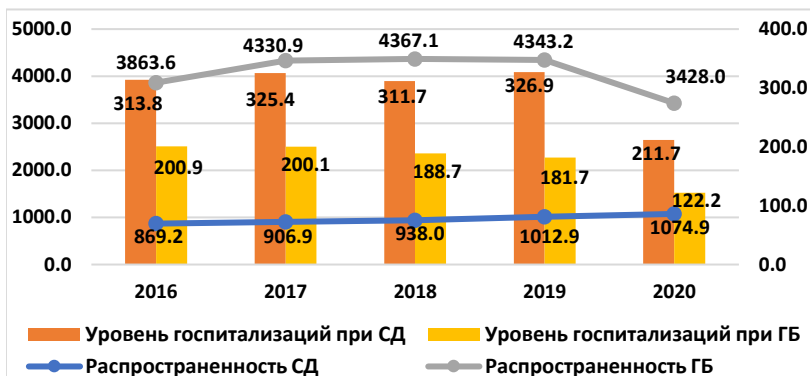
В 2020 году отмечается снижение вновь выявленных случаев ГБ более, чем на 7300 случаев (-24,7%), что может объясняться спецификой работы ПМСП и вынужденными ограничениями в связи с пандемией COVID-19. Поэтому реальной картины, какая могла бы быть в обычных условиях работы, данные 2020 года отражать не могут.

Рисунок 13. Число пациентов с впервые выявленной ГБ и СД, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше/ на 100 000 населения)



Число вновь выявленных случаев сахарного диабета (СД) можно оценивать только по итогам 2020 года, т.к. в перечень индикаторов он был введен только в марте 2019 года и никак не мог отразиться на результатах этого года. Число вновь выявленных случаев СД в 2020 году осталось почти на уровне предыдущего года (снижение на 36 случаев; -2,3%). Однако, также, как и в предыдущем случае, о реальной картине динамики индикатора, особенно по данным за 2020 год мы не можем говорить, учитывая пандемию COVID-19.

Рисунок 14. Общее число зарегистрированных пациентов с ГБ и СД и число госпитализированных в стационары, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше/ на 100 000 населения)

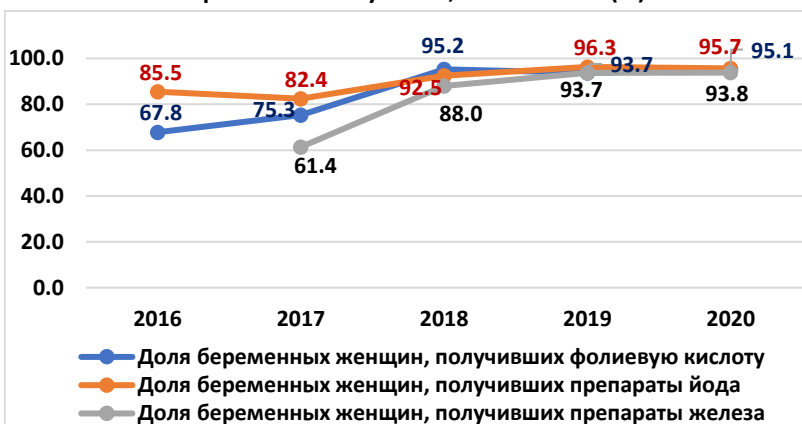


При сравнении данных по общему числу зарегистрированных случаев ГБ и СД на уровне ПМСП и данных стационара по пролеченным случаям, отмечается снижение более, чем на треть уровня госпитализаций и доли госпитализированных от общего числа зарегистрированных пациентов на уровне ПМСП, как при ГБ, так и при СД, причем в случае СД это

происходит несмотря на рост уровня распространенности (Рис. 13). Сложно сказать однозначно связано ли снижение уровня госпитализаций с введением стимулирующих выплат, так как не всегда прослеживается четкая зависимость именно с тем периодом, когда выплаты были введены, однако, можно предположить, что они также сыграли свою роль в улучшении услуг и регистрации больных по ГБ и СД.

7) Индикатор «Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту, препараты йода и железа в соответствии с клиническим протоколом»

Рисунок 15. Доля беременных женщин, получивших препараты фолиевой кислоты, йода и железа, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (%)



Сбор данных проводился в форме ведомственной статистической отчетности № 12- здоров «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (Центра семейной медицины, ГСВ)».

Индикатор сборный и данные в форме отчетности представляются отдельно по каждому из препаратов. До февраля 2021 года формулировка индикатора (в перечне индикаторов для оценки результатов) включала

только данные по приему беременными женщинами фолиевой кислоты. Сбор данных по приему железа был введен в отчетную форму с 2017 года.

За период с 2016 по 2018гг. отмечалась устойчивая тенденция к росту доли беременных, получивших фолиевую кислоту (+40,4%), однако, в 2019 году, по сравнению с 2018 годом, доля таких женщин снизилась на 1,6% (с 95,2 до 93,7%), после чего, в 2020 году вновь отмечается рост уровня индикатора (+1,5%). В общем, с 2018 по 2020 год доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту, осталась примерно на том же уровне (-0,1%).

Параллельно анализировались и другие составляющие данного индикатора: доля беременных женщин, получающих препараты йода выросла за этот период **на 3,5%** (с 92,5 до 95,3%), а доля женщин, получающих препараты железа – **на 6,7%** (с 88,0 до 93,8 %). Рутинный прием препаратов железа беременными женщинами был введен после утверждения нового клинического протокола (КП) по ведению физиологической беременности и послеродового периода в 2018 году²⁰.

Последние два компонента индикатора были введены для оценки результатов только в начале 2021 года. Однако, учитывая, что доля беременных, получивших фолиевую кислоту, в 2020г. сохранилась примерно на уровне 2018 года (-0,1%) и рост других показателей, входящий в данный индикатор, можно предположить, что стимулирующие выплаты могли в комплексе повлиять на улучшение работы по ведению беременных в антенатальном периоде, в соответствие с утвержденным клиническим протоколом.

8) Индикатор «Доля беременных женщин в сроке до 12 недель, обследованных на гемоглобин и бактериурию в соответствии с клиническим протоколом»

Сбор данных проводится в форме ведомственной статистической отчетности № 12- здоров «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (Центра семейной медицины, ГСВ)».

²⁰ Национальный клинический протокол для ПМСП «Дородовая и послеродовая помощь», утвержден Приказом МЗ КР от 04.04.2018г. № 243

https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/tools/2018_kyrgyz_republic_anc_protocol.pdf

Индикатор сборный, также, как и предыдущий. В формах статистической отчетности проводится сбор данных по беременным, обследованным уровень гемоглобина (Hb) и по женщинам, которые получили базовый пакет антенатальных услуг (куда входит обследование на бактериурию).

По первой части

индикатора данные по числу женщин, обследованных на гемоглобин, сравнивались с числом беременных женщин, получивших препараты железа (Рис. 15).

В 2019 году по сравнению с 2018 годом отмечается снижение доли женщин, обследованных на гемоглобин (- 5,1%), несмотря на то, что в предыдущие годы отмечалась тенденция к росту данного показателя (в 2018 году по сравнению с 2016 годом рост составил на 20%), а за период 2018-2020гг. уровень индикатора снизился на 6,1%.

При сравнении индикатора с числом беременных женщин, получивших препараты железа, отмечается некоторое несоответствие в данных: доля получивших препараты железа в 2019-2020 годы несколько превышает долю обследованных на Hb. Вызывает сомнение, что женщина не была обследована (не сдала общий анализ крови за время наблюдения), но при этом получила препараты железа.

Индикатор был введен для оценки в конце 2019 года, поэтому воздействие стимулирующих выплат на его динамику не было положительным по итогам 2020 года, и по сравнению с 2019 годом уровень индикатора **снизился на 1,1%**.

Снижение уровня индикатора в 2020 году можно было бы объяснить чрезвычайной ситуацией в связи с пандемией COVID19, однако, учитывая положительную динамику других индикаторов, связанных с оказанием антенатальных услуг, однозначно что в условиях пандемии, для беременных женщин, новорожденных и детей до 5 лет, к оказанию медицинских услуг на уровне ПМСП доступ был сохранен.

По второму показателю индикатора (числу беременных женщин, прошедших обследование на бактериурию) можно судить косвенно, по доле женщин, получивших базовый пакет антенатальных услуг, т.к. среди перечня услуг, входящих в базовый пакет, фактически могло вызывать определенные затруднения только обследование мочи на бактериурию. Такие

Рисунок 16. Доля беременных женщин, обследованных на Hb и получивших препараты железа, Кыргызская Республика, 2016-2020гг. (%)



услуги, как определение белка в моче, контроль АД, а также ведение гравидограммы, не требуют каких-либо дополнительных финансовых или физических затрат.



В динамике в 2019 году отмечается рост доли женщин, получивших базовый пакет услуг по сравнению с 2018 годом более, чем на 20% (Рис.16). Рост показателя в 2019 году может быть обусловлен повышением доступности обследования на бактериурию после утверждения нового клинического протокола по дородовой и послеродовой помощи (апрель 2018 года), в котором прописано, что при

невозможности посева, можно проводить исследование мочи методом окраски по Грамму (до этого момента обследование на бактериурию проводилось только методом посева мочи на культуру, что было не всегда доступно для беременных женщин).

Так как обследование на бактериурию было включено в индикатор в конце 2019 года, влияние стимулирующих выплат по данному компоненту индикатора по итогам 2020 года также не смогли показать положительную динамику, по сравнению с 2019, уровень показателя **снизился на 1,3%** (с 89,8 до 88,6%).

Сводные результаты изменения индикаторов в динамике за период 2018-2020гг. представлены в приложении (Приложение 1).

5.3. Качество данных

В настоящее время, на основании утвержденных форм статистической отчетности была разработана компьютерная база данных «Медстат» в оф-лайн режиме, которая ведется на уровне каждой организации здравоохранения (в том числе в ЦСМ/ЦОВП), в том объеме, который соответствует уровню оказания медицинской помощи и профилю организации. Данные проходят автоматическую проверку на ошибки непосредственно при вводе данных в программное обеспечение. Контроль корректности данных, межтабличный и межформенный логический контроль, сравнение с аналогичными отчетными данными в динамике, сверка отдельных таблиц с компьютерными базами данных, проводится на уровне регионов областными медико-информационными центрами.

Аналогичный контроль проводится на республиканском уровне в ЦЭЗ. Следующий уровень контроля данных форм государственной статистической отчетности осуществляется на уровне Национального статистического комитета (НСК) Кыргызской Республики.

Перевод основных учетных медицинских форм (медицинская карта амбулаторного больного/ индивидуальная карта беременной и родильницы/ история развития ребенка) в электронный формат только на стадии становления в стране и пока не позволяет полностью агрегировать данные для отчетности автоматически. Поэтому, при подсчете агрегированных данных вручную имеется определенная вероятность допущения ошибок.

В рамках внедрения механизмов стимулирующих выплат в процессе работы были оставлены только те индикаторы, которые имеются в базе данных «Карта учета амбулаторных посещений» для того, чтобы их можно было получить автоматически из компьютерной базы данных «КИФ- амбулаторный».

В связи с этим формы КИФ в период работы механизмов по стимулирующим выплатам, также пересматривалась, чтобы можно было получать данные, необходимые для расчета всех индикаторов, введенных по стимулирующим выплатам, соответственно, вносились изменения и в компьютерную базу данных «КИФ- амбулаторный»

Расчет индикаторов, баллы, полученные на основании индикаторов, формировались автоматически из базы «КИФ-амбулаторный» на каждого семейного врача/ ВОП отдельно, что предполагало исключение влияния самих врачей на результаты оценки и обеспечение прозрачности процесса оценки.

Однако, при заполнении учетных документов, в данном случае «КИФа амбулаторного», все таки имелись определенные риски приписки некоторых услуг без фактического их получения. Разработанные правила верификации качества данных, включающие получение информации от пациента, позволили выявить такие моменты и подтвердить случаи приписок со стороны врачей.

Необходимо отметить, что не все данные, на основании которых формировались индикаторы для проведения стимулирующих выплат врачам ГСВ, при составлении/контроле качества данных статистических отчетов, проходили сверку с базой данных «КИФ- амбулаторный» (например, такие, как «число детей в возрасте до 5 лет, получивших ОРС при диарее/ первую дозу антибиотиков при пневмонии на уровне ПМСП», «число новорожденных, обслуженных семейным врачом/ВОП в первые 3 дня после выписки из родильного дома» и некоторые другие), в связи с чем могли возникать сомнения в качестве этих данных.

Таким образом, имеются определенные риски, связанные с качеством данных, многие данные для форм статистической отчетности подсчитываются вручную, электронная медицинская карта находится на стадии разработки и не все данные статистической

отчетности, на основании которых формируются индикаторы, сверяются с базой данных «КИФ-амбулаторный».

6. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

6.1. Результаты воздействия стимулирующих выплат на финансирование в отобранных ОЗ

Заработная плата работников организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, составила на начало 2021 года в среднем для врачей 10 606 сомов, среднего медицинского персонала – 10 877 сомов (после 30% повышения заработной платы), младшего медицинского персонала – 8 002 сомов, прочего персонала – 9 516 сомов. При этом средняя заработная плата семейного врача составила 22 372 сомов, из которых 11 766 сомов оплачивались по индикаторам деятельности.

По результатам исполнения индикаторов результативности деятельности СВ/ВОП и медсестер было выплачено за весь период реализации 928,3 млн сомов в т.ч. по г. Бишкек – 170,2 млн. сомов, Чуйская область – 126,9 млн. сомов, Ошская область – 247,4 млн. сомов, Баткенская область – 77,2 млн. сомов, Джалал-Абадская область – 146,0 млн. сомов, Иссык-Кульская область – 84,4 млн. сомов, Нарынская область – 43,7 млн. сомов, Таласская область – 32,6 млн. сомов.

Таблица 6. Профинансированные средства семейным врачам по механизмам стимулирующих выплат по результатам оценки работы на основе индикаторов за 2018-2021 год, тыс. сомов

п/п	Область	2018	2019	2020	2021 (3 мес)
1	г.Бишкек	7 052,0	72 267,1	69 354,4	21 441,6
2	Чуй	12933,6	48201,2	52317,6	13450,2
3	Ош	17244,2	96569,1	98775,7	34755,4
4	Баткен	6171,6	25550,1	35350,9	9980,6
5	Жалал-Абад	9 834,1	58 076,5	59 107,9	19 040,8
6	Иссык-Куль	3739,4	32033,9	38213,1	10534,8
7	Нарын	3980,3	16821,3	17571	5314,9
8	Талас	2794,7	11021	13117,9	5734,4
Всего по Республике		63 749,9	360 540,2	383 808,5	120 252,7

Начиная с 1 апреля 2021 года стимулирующие выплаты по результатам оценки работы на основе индикаторов семейным врачам были отменены и предусмотренные средства в бюджете на 2021 год были перераспределены на повышение окладов медицинских работников ПМСП.

Что касается 6 отобранных организаций здравоохранения, по которым были собраны данные для оценки реализации механизма стимулирующих выплат, то в общей сложности за период с конца 2018 года и до начала 2021 года им было выплачено 87,4 млн. сомов.

Таблица 7. Профинансированные средства СВ/ВОП по результатам оценки работы на основе индикаторов за 2018-2021 год по отобранным ОЗ ПМСП, млн. сомов

Наименование ОЗ	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год 3 мес.
Московский ЦСМ	0,7	4,5	4,4	1,1
Кеминский ЦСМ	0,4	2,3	2,8	0,8
Алай ЦСМ	0,1	3,8	4,0	1,1
Кара-Суу ЦСМ	1,8	19,9	19,3	4,5
Карабуура ЦСМ	0,3	5,2	4,7	1,4
Манасский ЦОВП	0,1	2,3	1,4	0,4
Итого	3,4	38,0	36,6	9,3

В структуре расходов ОЗ ПМСП большую долю составляют расходы, направляемые на выплату заработной платы и отчисления в социальный фонд. Так расходы на оплату труда в среднем по отобранным ОЗ ПМСП составляли порядка 78,8 % по представленным данным 2017 года.

В 2018 году начиная с 1 октября была внедрена система доплат по результатам оценки работы на основе индикаторов СВ/ВОП.

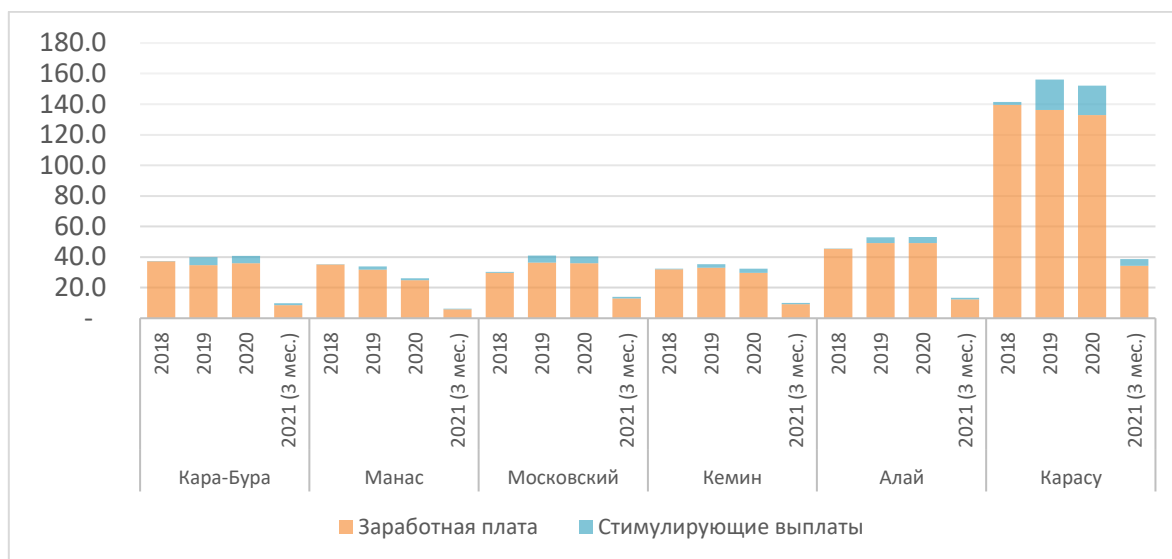
По результатам деятельности отобранных ОЗ ПМСП в 2019 году долевое значение доплат по результатам оценки работы на основе индикаторов СВ/ВОП от консолидированного бюджета составило в среднем около 8%, что в свою очередь является не плохим показателем и дополнительным источником к заработной плате СВ/ВОП.

Таблица 8. Сводная таблица по расходам отобранных ОЗ ПМСП, млн. сомов

Наименование статьи	2017 год	2018 год	2019 год	2020 год	2021 год
Заработная плата, соц фонд	286,5	279,0	308,5	294,0	81,1
Медикаменты	5,7	18,0	20,5	52,4	4,7
Питание	5,3	2,8	2,3	2,1	0,8
Коммунальные услуги	9,5	10,7	11,2	13,4	6,2
Прочие расходы	56,7	102,4	129,5	118,3	17,1
Всего расходов	363,7	412,9	472,0	480,3	109,8

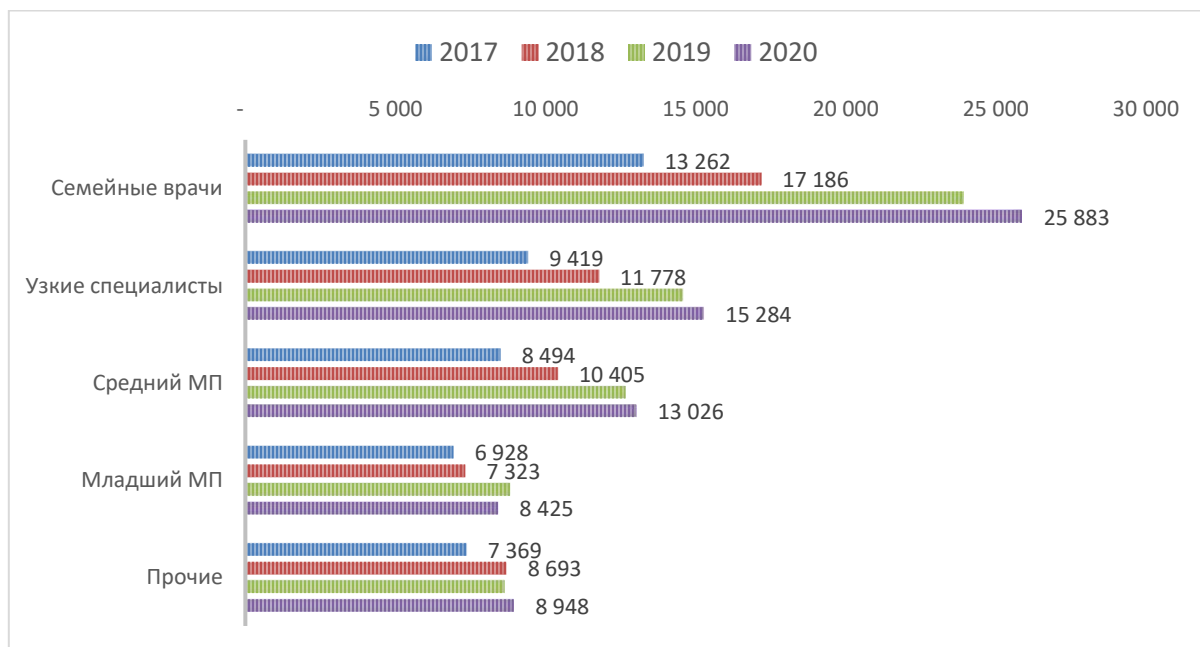
При этом, по различным организациям здравоохранения, доля стимулирующих выплат в общем фонде оплаты труда варьировала в среднем за период от 5% (Манасский район) до 10% (Кара-Буринский и Карасуйский районы).

Рисунок 18. Соотношение средств, выделяемых на стимулирующие выплаты относительно фонда оплаты труда по отобранным ОЗ



В целом, данные показывают, что внедрение механизма стимулирующих выплат достигло своей цели в части повышения оплаты труда семейным врачам. На примере ЦОВП Московского района видно, что к 2020 году заработная плата семейных врачей возросла практически в 2 раза, тогда как у других специалистов наблюдались более низкие темпы роста.

Рисунок 19. Динамика средней заработной платы на примере ЦОВП Московского района



Поставленная цель Правительства КР по улучшению качества и результатов деятельности работников ОЗ ПМСП и повышению заработной платы семейным врачам, была достигнута, но

в самой системе внедрения доплат по результатам оценки работы на основе индикаторов СВ/ВОП были допущены недоработки, в связи с тем, что было отведено очень мало времени на изменение базы данных «КИФ-амбулаторный», тестирование программы шло «в быстром режиме», без предварительного пилотирования. Несмотря на то, что процесс расчета индикаторов и начисления баллов был полностью автоматизирован, проведение верификации данных КИФ с амбулаторными картами/ выборочным опросом пациентов, уточнение всех спорных вопросов с СВ/ВОП, изменение данных после верификации и повторный подсчет баллов (в случае выявления несоответствий записей в амбулаторной карте клиническим протоколам/ приписок и др.), недостаточные навыки врачей работы с компьютером – все это стало дополнительной нагрузкой для медицинского персонала в этом процессе.

6.2. Анализ показателей по индикаторам стимулирующих выплат в отобранных ОЗ

В рамках данного исследования в отобранных 6 организациях здравоохранения были проанализированы данные по результатам достижения 12 индикаторов. Как было указано выше, перечень индикаторов в процессе работы пересматривался, некоторые индикаторы были удалены и некоторые добавлены.

С октября 2018г. по март 2021г. было издано 4 приказа МЗКР, по изменениям индикаторов оценки деятельности семейных врачей. Также в процессе работы с учетом разных факторов пересматривались размеры максимальных показателей баллов за каждый индикатор. (Приложение 2).

В рамках данного исследования по всем отобранным учреждениям были собраны данные по исполнению каждого индикатора. Для анализа данных был рассчитан отдельно средний процент исполнения каждого индикатора оценки деятельности семейных врачей. Анализ данных проводился в рамках ОЗ за весь период работы по стимулирующим выплатам, с октября 2018 года по март 2021 года включительно. При расчете средних значений учитывались изменения максимальных показателей баллов.

Средние значения исполнения всех 12 индикаторов (%) за весь период работы по механизмам стимулирующих выплат представлены в Табл. 9.

В целом по всем 6 отобранным ЦОВП, оказывающим первичные услуги, средний процент исполнения индикаторов деятельности семейных врачей за весь период работы по механизмам стимулирующих выплат, составил 86%.

За данный период работы, отмечается положительная динамика по 10 индикаторам деятельности семейных врачей практики, процент исполнения индикаторов составил от 82% до 99%.

Из 12 индикаторов деятельности семейных врачей наибольший процент исполнения отмечается по индикатору «Доля пациентов с гипертонической болезнью, принимающих гипотензивные средства, у которых АД не выше 140/90» - 99%.

Высокий процент исполнения наблюдается также по индикатору «Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом» - 97% (назначение фолиевой кислоты по клиническому протоколу является количественным индикатором). В связи с этим, в 2019 году количество начисляемых баллов за данный индикатор был снижен с 12,0 до 8,0. В 2021г. была изменена формулировка и методика расчета данного индикатора т.е. в индикатор были добавлены дополнительно отслеживание приема препаратов йода и железа, а также максимальный балл был снижен до 4,0.

В разрезе организаций здравоохранения 100% исполнение индикаторов деятельности семейных врачей отмечается по 2 индикаторам в ЦОВП Алайского района и по 1 индикатору в ЦОВП Московского района.

Низкий процент исполнения отмечается по индикатору «Доля детей в возрасте до 1-года, посетивших семейного врача/врача общей практики» – 58%. Наименьший процент исполнения индикаторов деятельности семейных врачей отмечается в ЦОВП Манасского района – 33% и в ЦОВП Московского района – 58% (Таблица 9).

С марта 2021г. была изменена формулировка индикатора «Доля детей, достигших возраста 1 года, посетивших семейного врача/врача общей практики в соответствии с утвержденным приказом МЗ КР (в 2; 3,5; 5; 6; 9 и 12 мес.)».

Расчет данного индикатора в базе данных «КИФ-амбулаторный» был проведен в соответствие с методологией, указанной в приказах, однако, следует иметь в виду, что БД учитывала только профилактические посещения детей (!) в указанные возрастные периоды, но не по случаю болезни, вследствие чего, без предварительной разъяснительной работы врачами это могло восприниматься как ошибка БД. Также недостаточное качество заполнения полей КИФ, которые являются основой для формирования числителя и знаменателя при расчете показателей, являлись причиной получения некорректных данных, особенно на начальном этапе работы.

Анализ данных в отобранных ОЗ показывает также низкий процент исполнения по индикатору «Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью» - 69%.

В 2021 году снижение этого показателя наблюдалось во всех отобранных ОЗ (в среднем 5,0 баллов, из возможных 8,0). Семейные врачи в месяц в среднем выявляли и брали на учет от 1 до 3 пациентов, как впервые выявленных больных с гипертонической болезнью.

Согласно методике расчета индикаторов для оценки результатов работы семейных врачей уровень для дополнительной оплаты врача составлял: 1-3 новых выявленных пациентов - 4 балла, 4-8 пациентов - 6 баллов, более 9 пациентов - 8 баллов.

Результаты достижения в баллах по каждому индикатору в приложении (Приложение 3).

Таблица 9. Исполнение индикаторов оценки деятельности семейных врачей, % (в среднем за период с IV квартала 2018 года по I квартал 2021 года)

	Индикаторы	Москов. р-н	Кемин. р-н	Кара- Буур. р-н	Манас. р-н	Кара- Суу р-н	Алай р- н	Средне е по всем ОЗ
1	Число новорожденных, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома	80	85	82	83	81	80	82
2	Доля детей в возрасте до 1-года, посетивших семейного врача/врача общей практики	59	60	62	33	62	72	58
3	Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ	94	100	96	87	99	94	95
4	Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ	98	85	95	91	98	98	94
5	Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности в сроке до 12 недель	88	70	78	74	94	99	84
6	Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом	100	94	98	99	90	100	97
7	Доля женщин, в сроке беременности до 12 недель, обследованных на гемоглобин и бактериурию	98	96	92	96	98	99	97
8	Число родильниц, обслуженных семейным врачом впервые 3 дня после выписки из родильного дома	83	83	84	93	82	79	84
9	Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью	67	69	68	68	70	73	69
10	Доля пациентов с гипертонической болезнью, принимающих гипотензивные средства, у которых АД не выше 140/90	97	99	99	98	99	100	99
11	Доля больных сахарным диабетом 2 типа, у которых контролируется уровень глюкозы в крови натощак и его показатель не превышал 8 ммоль/л (с учетом индивидуальных целей)	98	93	85	77	88	97	90

	Индикаторы	Москов. р-н	Кемин. р-н	Кара-Буур. р-н	Манас. р-н	Кара-Суу р-н	Алай р-н	Среднее по всем ОЗ
12	Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом	85	83	78	72	84	74	79

6.3. Результаты опроса семейных врачей и фокус-групповых дискуссий с медицинскими специалистами

В рамках данного исследования сбор полевых данных проводился в организациях ПМСП районного уровня. Было отобрано три области, по два района в каждой области и не менее трети ГСВ в каждом районном ПМСП.

Во всех отобранных ОЗ были проведены индивидуальные интервью с семейными врачами на основе специальных вопросников, по 2 фокус-групповой дискуссии с семейными врачами и медицинскими сёстрами. Кроме того, были проведены интервью с руководителями ПСМП, финансовыми работниками.

Общее количество проведенных интервью и обсуждений представлено в таблице ниже:

Таблица 10. Общее количество семейных врачей и медсестер, принявших участие в опросе и фокус-групповых дискуссиях

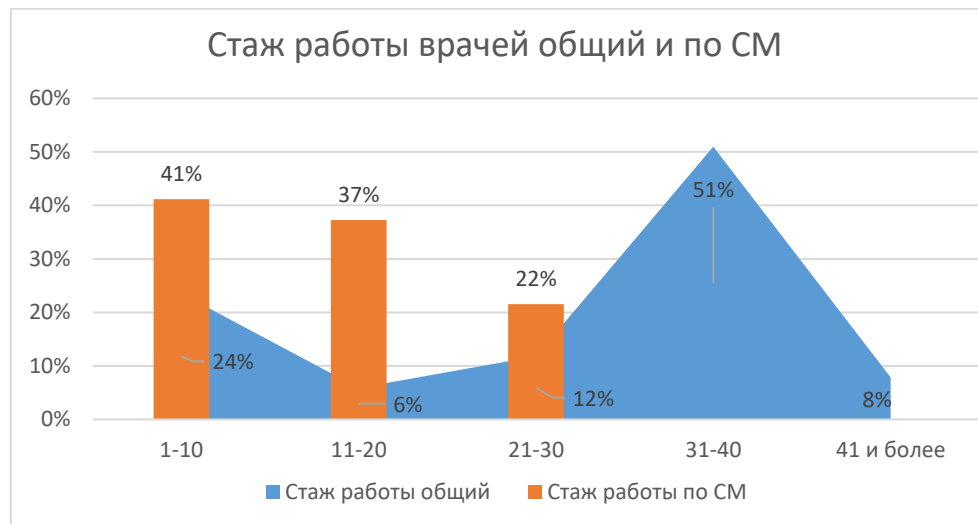
Область	Район/ОЗ	К-во опрошенных врачей	К-во семейных врачей, принявших участие в фокус-групповой дискуссии	К-во семейных медсестер, принявших участие в фокус-групповой дискуссии
Таласская	Кара-Бууринский ЦОВП	6	6	6
	Манасский ЦОВП	4	4	10
Ошская	Карасуйский ЦОВП	16	22	20
	Алайский ЦОВП	7	8	6
Чуйская	Кеминский ЦОВП	9	4	6
	Московский ЦОВП	9	9	4
ИТОГО		51	53	52

Стаж работы опрошенных семейных врачей показывает, что наибольшее количество врачей, более 51% опрошенных, имеют общий стаж работы от 31 до 40 лет. Переобучение врачей по специальности «Семейная медицина» началось с внедрением реформ в здравоохранении

начиная с 1996 года, но наибольшее количество врачей, которые прошли переобучение по данной специальности приходится на последние 10 лет – около 41% опрошенных семейных врачей..

При проведении фокус-групповых дискуссий семейные врачи отметили, что с введением стимулирующих выплат в октябре 2018 года некоторые врачи узких специальностей стали проходить переобучение и начали работать семейными врачами. Так, в Алайской ЦОВП 4 врача узких специальностей прошли переобучение и стали работать семейными врачами.

Рисунок 20. К-во врачей в разбивке по стажу работы: общий и по семейной медицине, %

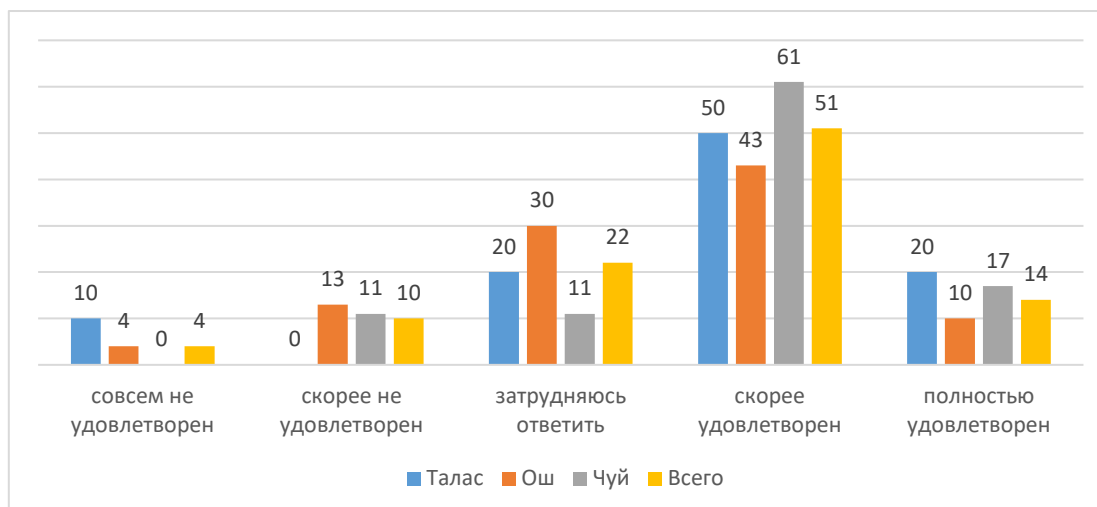


6.3.1. Удовлетворённость работой и трудовой активностью, мотивация семейных врачей

Опрос семейных врачей насколько они удовлетворены своей работой и трудовой активностью показал, что большинство врачей в целом удовлетворены своей работой, так в целом около 65% врачей отметили «скорее удовлетворены» и «полностью удовлетворены» и около 4% врачей отметили, что «совсем не удовлетворены» и 10% «скорее не удовлетворены».

В разрезе регионов - около 78% семейных врачей в Чуйской области отметили, что они «скорее удовлетворены» и «полностью удовлетворены» своей работой. 70% семейных врачей в Чуйской области и 53% в Ошской области также отметили, что они «полностью или скорее удовлетворены» своей работой.

Рисунок 21. Удовлетворенность опрошенных семейных врачей работой, %



Опрос семейных врачей насколько они удовлетворены различными сторонами своей работы показал, что в целом, по всем 3 регионам, наибольшая удовлетворённость врачей приходится на условия труда (инфраструктура, помещения, наличие санитарных условий) и уровень оснащённости оборудованием и инструментами для лечения и диагностики различных заболеваний. Семейные врачи отметили «скорее удовлетворён» и «удовлетворён» условиями труда в 69% случаев и 70% случаев уровнем оснащённости оборудованием и инструментами. Наиболее низкая удовлетворённость была отмечена размером заработной платы, «не удовлетворён» и «скорее не удовлетворен» отмечено в более половины случаев – 61%. Около половины опрошенных семейных врачей отметили также низкую удовлетворённость размером стимулирующих выплат – 50% случаев («не удовлетворён» и «скорее не удовлетворен»).

Опрос врачей, относительно объема работы или нагрузки, не показывает явных преимуществ относительно удовлетворенности. Так, в 42% случаев врачи отметили низкую удовлетворённость существующим объемом работ и нагрузкой («не удовлетворён» и «скорее не удовлетворен») и 48% положительную удовлетворённость («скорее удовлетворён» и «удовлетворён»).

При проведении фокус-групповых дискуссий относительно нагрузки, большинство врачей отметили увеличение нагрузки во время введения стимулирующих выплат. Для достижения показателей индикаторов врачи стали чаще посещать больных на дому (беременные и новорожденные в первые три дня), а также своевременное введение КИФов в компьютерную базу данных занимало ежедневно дополнительное время после работы. Введение стимулирующих выплат совпало с оснащением ГСВ компьютерами (2019 год) и переводом базы данных КИФ-амбулаторный в он-лайн режим (запущена в апреле 2020 года), что повлекло за собой и изменение обязанностей врачей ГСВ, которые должны были теперь сами вводить информацию в базы данных (до этого они заполняли бумажную форму КИФ и передавали ее на ввод в баз данных операторам отдела мониторинга и оценки ЦСМ/ЦОВП). Введение стимулирующих выплат вызывало необходимость своевременного ежедневного

ввода КИФов в базы данных, что для врачей ГСВ было сложно, учитывая тот факт, что им нужно было практически одновременно перестроиться на ведение документов как в бумажном и так и электронном форматах, учитывая низкую/ недостаточную компьютерную грамотность врачей в целом.

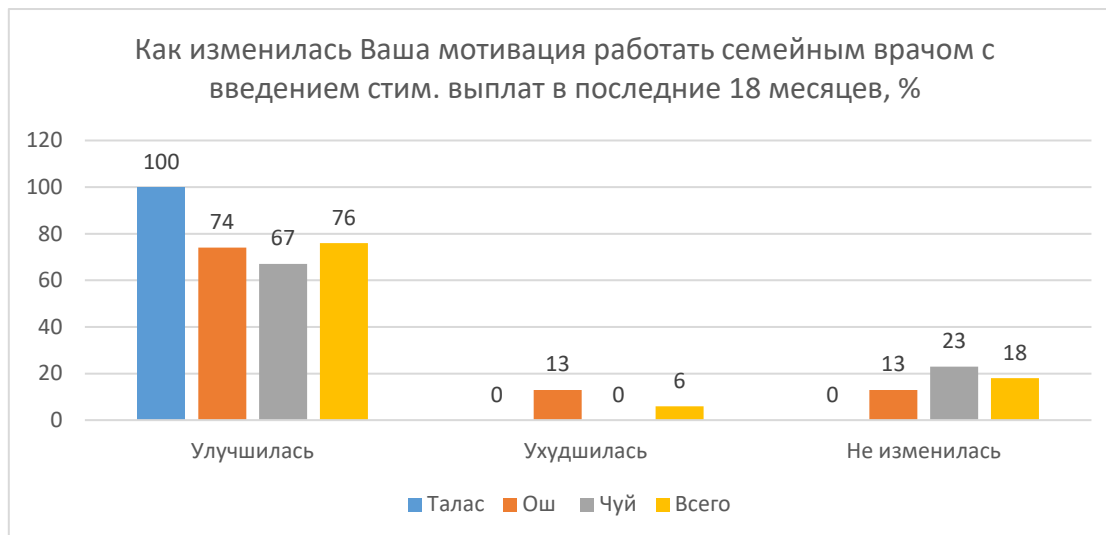
Таблица 11. Удовлетворенность семейных врачей различными сторонами работы, %

Некоторые параметры/стороны работы	Не удовлетворен	Скорее не удовлетворен	Отношусь нейтрально	Скорее удовлетворен	Удовлетворен
	1	2	3	4	5
1. Объем работы (нагрузка)	22	20	10	35	13
2. Условия труда (отопление, свет, вода, санитарно-гигиенические условия, помещения)	10	12	10	20	49
3. Уровень технической оснащенности (наличие оборудования, инструментов)	12	12	6	33	37
4. Размер заработной платы	36	25	12	14	13
5. Размер стимулирующих выплат	23	27	12	18	20
6. Механизмы отслеживания индикаторов и показателей для стимулирующих выплат по результатам оценки работы	11	16	20	29	24
7. Перечень отслеживаемых индикаторов и показателей для стимулирующих выплат по результатам оценки работы	18	12	20	35	16

Опрос семейных врачей по поводу их мотивации работать в этой организации семейным врачом, в целом показал, что с введением стимулирующих выплат намного улучшилась мотивация семейных врачей, так 76 % опрошенных отметили, что их мотивация улучшилась. В разрезе регионов, в целом также везде наблюдается улучшение мотивации работать семейным врачом. Так, врачи в Таласской области в 100% случаев отметили, что с введением стимулирующих выплат их мотивация продолжать работать в данной организации на этой должности улучшилась. Врачи в Ошской и Чуйской областях отметили улучшение мотивации продолжать работать в 74% и 67% случаях соответственно. В Ошской области врачи в 13% опрошенных случаях отметили, что их мотивация работать семейным врачом после введения стимулирующих выплат наоборот изменилась в худшую сторону.

При проведении фокус-групповых дискуссий врачи отметили, что на улучшение их мотивации работать семейным врачом, в первую очередь, повлияло увеличение заработной платы с введением стимулирующих выплат на основе индикаторов.

Рисунок 22. Мотивация семейных врачей, %

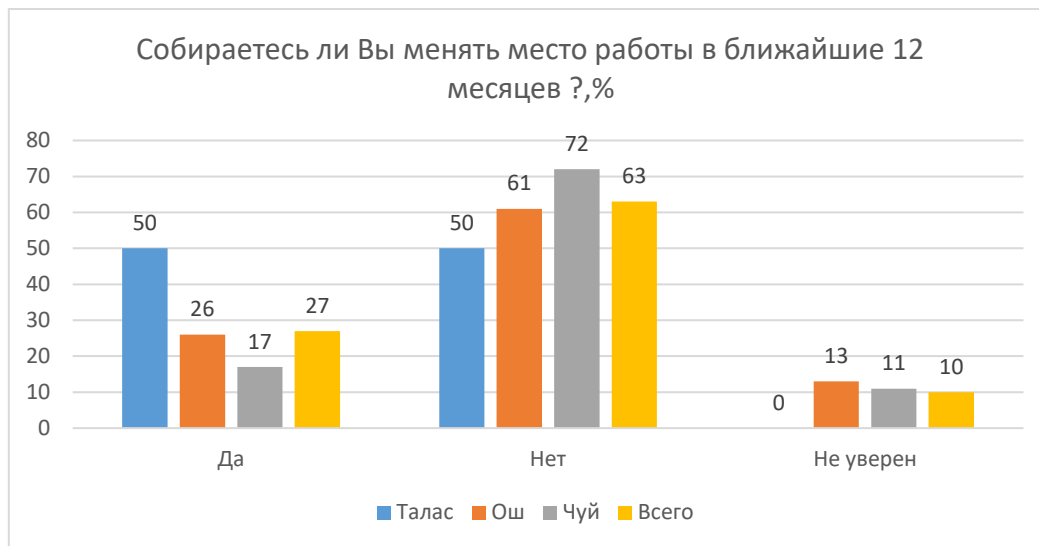


Опрос семейных врачей по поводу их планов менять место работы в ближайшие 12 месяцев показал, что в целом около 63% опрошенных отметили, что пока нет планов менять работу. В разрезе регионов ситуация отличается, так почти половина врачей в Таласской области планируют менять работу. В основном, эти врачи ответили, что хотели бы работать в соседнем Казахстане врачом, где заработная плата намного выше. Некоторые отметили, что они уже нашли место работы, но из-за закрытия границ в Казахстан временно продолжают работать в данном ГСВ.

В Ошской области более четверти семейных врачей (26%) также отметили, что хотят поменять работу в ближайший год. Данные врачи больше частью отметили, что хотят перейти работать в частные медицинские центры, которые очень развиваются в настоящее время по области.

В Чуйской области – 17% врачей также отметили о намерении, что в ближайшие 12 месяцев могут поменять место работы, здесь большинство врачей отмечают, что хотели бы перейти работать в стационар.

Рисунок 23. Планы о смене места работы семейных врачей, %



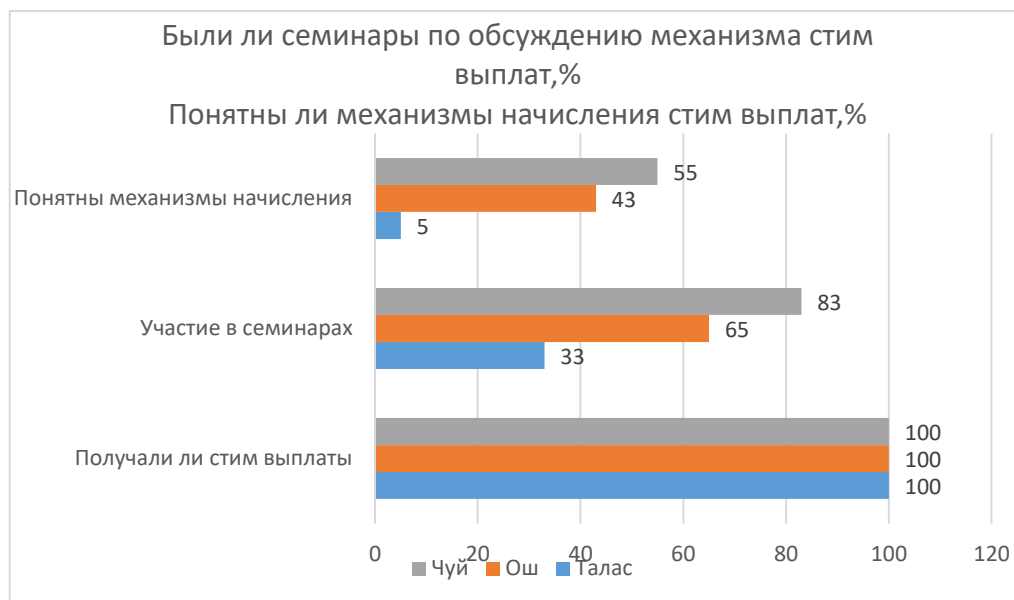
6.3.2. Оценка мнения врачей о внедрении стимулирующих выплат по результатам деятельности на основе индикаторов

Опрос мнения семейных врачей о внедрении механизмов стимулирующих выплат показал, все опрошенные врачи во всех трех регионах получали стимулирующие выплаты по результатам работы на основе индикаторов.

Как отметили опрошенные врачи, специалистами ФОМС и ОМИЦ проводились специальные встречи и семинары, на которых рассказывали о механизмах выплат и перечне индикаторов, по результатам которых проводилось начисление баллов и соответственно выплат. Целью данных встреч было предоставление информации руководителям ОЗ и их структурных подразделений, бухгалтеров и заведующих отделов мониторинга и оценки ЦСМ, так как не было возможности собирать на встречи всех врачей ЦСМ/ГСВ. Предполагалось, что в дальнейшем обученные лица проведут разъяснительную работу на местах в своих структурных подразделениях и доведут данную информацию до каждого врача ГСВ.

Опрос показал, что только часть врачей принимали участие в семинарах/ встречах по разъяснению механизма стимулирующих выплат. Так, в Таласской области только около трети врачей принимали участие на данных семинарах, поэтому только 5% врачей отметили, что им понятны механизму начисления бонусов и выплат. В Ошской области 65% врачей принимали участие в семинарах и около 43% отметили, что им полностью понятен механизм начисления выплат по результатам выбранных индикаторов. В Чуйской области наибольшее количество опрошенных врачей (83%), которые принимали участие в семинарах по разъяснению механизмов стимулирующих выплат и более половины (55%) отметили, что им понятны механизмы начисления баллов и выплат.

Рисунок 24. Участие в семинарах и механизмы начисления выплат, %



Опрос семейных врачей по поводу индикаторов, по результатам достижения которых проводилось начисление баллов и соответственно выплат показал, что некоторые индикаторы в большинстве случаев были отнесены к труднодостижимым по разным причинам.

Так, индикаторы, связанные с выявлением больных сахарным диабетом и гипертонической болезнью были отмечены труднодостижимыми в 71% и 67% случаев соответственно. При проведении фокус-групповых дискуссий врачи отмечали, что ежемесячно не могут выявлять данных больных. Врачи признали, что иногда занимались приписками, для того чтобы получить баллы по данным индикаторам.

Руководителями ОЗ было озвучено, почему данная ситуация складывалась, когда врачи могли повторно одних и тех же больных (СД, ГБ) заносить в КИФы, как впервые выявленных: КИФы по зарегистрированным больным с ГБ при наступлении нового года обновляются и ранее внесенный хронический больной в новом году уже отсутствует в базе данных по КИФ. Это и дало возможность врачам вносить в КИФ повторно больных с ГБ, как впервые выявленных, хотя этот больной уже в предыдущем году был зарегистрирован. В настоящее время, специалисты ЦЭЗ отметили, что это устранено и больной, который один раз зарегистрирован, не может вводиться второй раз, как вновь выявленный.

Больные с СД чаще всего состояли на учете у эндокринолога и учитывались в Регистре больных СД, который ведет только эндокринолог. После введения данного индикатора для оценки работы, семейные врачи начали наблюдать данных больных и регистрировали их как впервые выявленных.

Кроме того, в большинстве случаев, врачами был отмечен как труднодостижимый индикатор 11, связанный с контролем уровня сахара в крови у пациентов с СД 2 типа. Опрошенные врачи

отмечали, что данные больные, несмотря на рекомендации врачей, не соблюдают режим и не имеют необходимый уровень сахара, который должен подтверждаться наличием анализа.

Как труднодостижимый был отмечен также индикатор 1 – в 52% опрошенных случаях. По мнению врачей, при внесении данного случая в КИФ необходимо вносить данные Свидетельства о рождении, выданного органами государственной регистрационной службы. Но из-за того, что в некоторых регионах не выдают этот документ при выписке из родильного дома, врачи не могли получать баллы за данные показатели. Особенно эта проблема актуальна в обоих районах Таласской области, где выписывают новорождённых из родильного дома только с Медицинским свидетельством о рождении (форма №103/у).

Врачи отметили, что показатели достижения этого индикатора не зависят от них, руководство ЦОВП обращалось в местные органы государственной регистрации о решении данной проблемы путем выдачи Свидетельства о рождении в родильном доме, но это не было решено.

В вышеперечисленном примере наглядно виден результат того, что механизм расчета индикаторов и расчета стимулирующих выплат не был доведен до каждого врача и многим он был непонятен (так, в Таласской области только 5% врачей отметили при опросе, что им был понятен механизм стимулирующих выплат). После проведения исследования специалисты ЦЭЗ разъяснили, что если у ребенка нет Свидетельства о рождении и он не может быть приписан к ГСВ, то он вообще не попадет в расчет индикатора (ни в числитель, ни в знаменатель) и поэтому никак не может повлиять на размер стимулирующих выплат.

Следует также иметь в виду, что у врачей сложилось ошибочное мнение о том, что чем больше пациентов они обслуживают (работая на дополнительные ставки/ замещая другого врача на время отпуска и т.д.), тем выше будет уровень индикатора, но это неверно. Индикаторы изначально закладывались не для учета объема работы, а для учета качества выполнения услуг, учитывая, что состав населения неоднородный на территории обслуживания каждой ГСВ.

Также в 43% опрошенных случаев как труднодостижимый был отмечен индикатор 2, относительно детей в возрасте 1 года, посетивших семейного врача. По правилам достижения данного индикатора, ребенок должен был приходить на осмотр в течение 2 недель каждый месяц до исполнения 12 месяцев. Но при введении КИФа не все случаи фиксировались и баллы не засчитывались. Как было выяснено врачами, которые обращались по данному вопросу в ЦЭЗ, это были проблемы, связанные с программным обеспечением, которые своевременно так и не были устранены.

Таблица 12. Оценка достижимости выбранных индикаторов для стимулирующих выплат на основе опроса семейных врачей %

Индикаторы	Легко достижим	Трудно достижим	Не достижим
1. Число новорожденных, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.	47	52	2
2. Доля детей в возрасте до 1-года, посетивших семейного врача (врача общей практики), %.	53	43	4
3. Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ, %.	73	21	6
4. Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, %.	76	18	6
5. Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности в сроке до 12 недель, %.	61	33	6
6. Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом, %.	76	13	11
7. Доля женщин, в сроке беременности до 12 недель, обследованных на гемоглобин и бактериурию (Бак посев или окраска по Грамму), %.	78	16	6
8. Число родильниц, обслуженных семейным врачом впервые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.	80	16	4
9. Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью, абс.ч.	67	29	4
10. Доля пациентов с гипертонической болезнью, принимающих гипотензивные средства, у которых АД не выше 140/90, %.	69	29	2
11. Доля больных сахарным диабетом 2 типа, у которых контролируется уровень глюкозы в крови натощак и его показатель не превышал 8 ммоль/л (с учетом индивидуальных целей), %.	25	75	0
12. Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом, абс.ч.	29	71	0

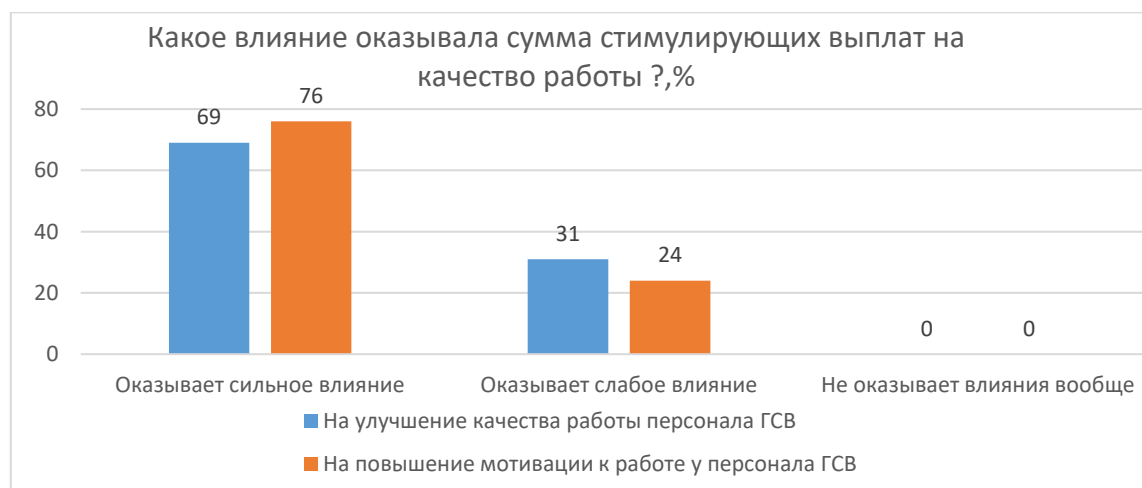
Следует иметь в виду, что при разработке индикаторов не предполагалась необходимость ежемесячного достижения высокого уровня выполнения каждого из индикаторов врачами ГСВ (например, некоторые индикаторы имеют привязку к сезонности), однако в общем выбранные индикаторы должны были направить внимание врачей на «проблемные» вопросы. Однако, в условиях конкуренции между собой и в желании получить более высокие

дополнительные выплаты, недостижение каких-либо индикаторов вызывало недовольство врачей и стремление зависить результаты. В первые месяцы введения индикаторов специалистами ОМИЦ и ЦЭЗ отмечалось много случаев недостаточно качественного заполнения КИФ врачами, в виду чего те или иные моменты просто не могли быть учтены автоматически программой и, следовательно, давали недостаточно корректные результаты. По ходу работы эти вопросы по возможности оперативно выяснялись.

Опрос семейных врачей, могла ли начисляема сумма стимулирующих выплат по результатам на основе индикаторов оказывать влияние на улучшение качество работы и повышение мотивации к работе персонала ГСВ показала, что начисление дополнительной заработной платы по результатам показателей индикаторов оказывала достаточно сильное влияние. Так в 69% опрошенных случаев семейные врачи отметили, получение стимулирующих выплат оказывала сильное влияние на улучшение их качества работы.

Начисление стимулирующих выплат также оказывало сильное влияние на повышение мотивации семейных врачей работать в ГСВ, об этом отметили 76% всех опрошенных семейных врачей.

Рисунок 25. Влияние стимулирующих выплат на качество работы семейных врачей, %



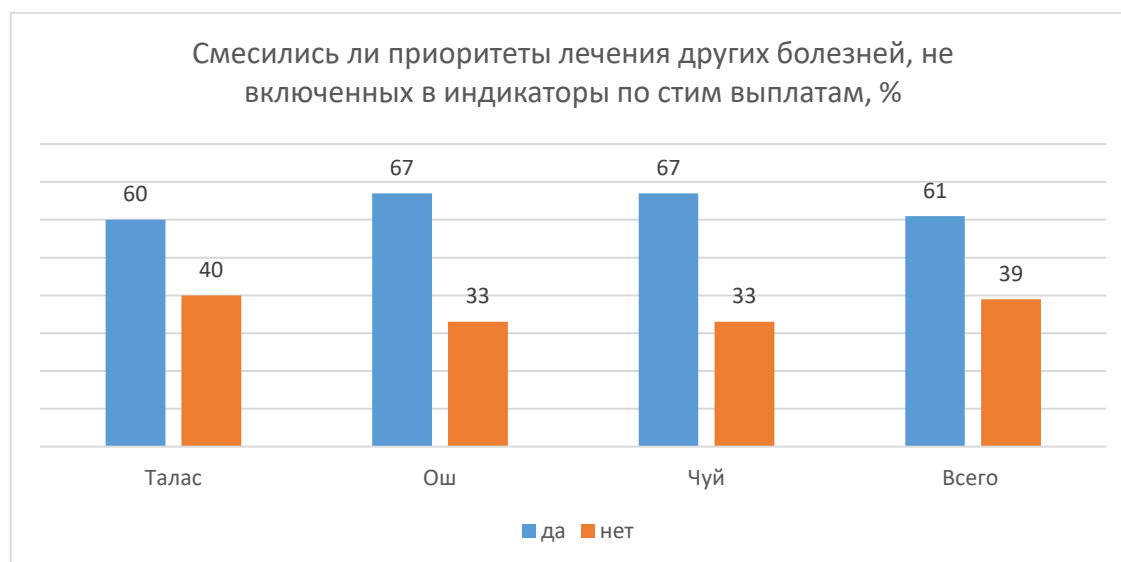
При проведении опроса семейным врачам задавался вопрос, сместились ли приоритеты с других болезней, так как контроль заболеваний, согласно индикаторам по стимулирующим выплатам, мог занимать больше времени чем обычно. Результаты опроса показали, что на самом деле работа по индикаторам по стимулирующим выплатам стала занимать больше времени, поэтому другим болезням стало уделяться меньше времени. Так, семейные врачи отметили об этом в большинстве случаев от 60-67% в регионах, где проводилось исследование.

Во время фокус-групповых дискуссий с семейными врачами было отмечено, что действительно, во время введения стимулирующих выплат работы по результатам работы на основе индикаторов на другие нозологии перестали уделять должное внимание.

По стимулирующим выплатам в основном акцент делался на 5 заболеваний – ГБ, СД, дети до 1 и 5 лет, беременные женщины и новорожденные. Так в Московском районе Чуйской области отметили, что некоторые показатели по заболеваниям, не связанные с индикаторами по стимулирующим выплатам в этот период резко упали. В целом, более половины опрошенных врачей по всем регионам – 61%, отметили, что приоритеты лечения других заболеваний были смещены больше в сторону отслеживаемых заболеваний в рамках стимулирующих выплат. В разрезе регионов также в более половины случаев, отмечалось смещение приоритетов в лечении заболеваний, не включенных в показатели по индикаторам от 60% в Таласской области до 67% в Ошской и Чуйской областях.

При этом врачи отметили, что прием пациентов по другим заболеваниям всегда ведется, но снизилась именно деятельность, связанная с ведением документации по другим заболеваниям, например, заполнением амбулаторных карт, КИФов, другая отчетность, своевременное выявление и регулярное наблюдение.

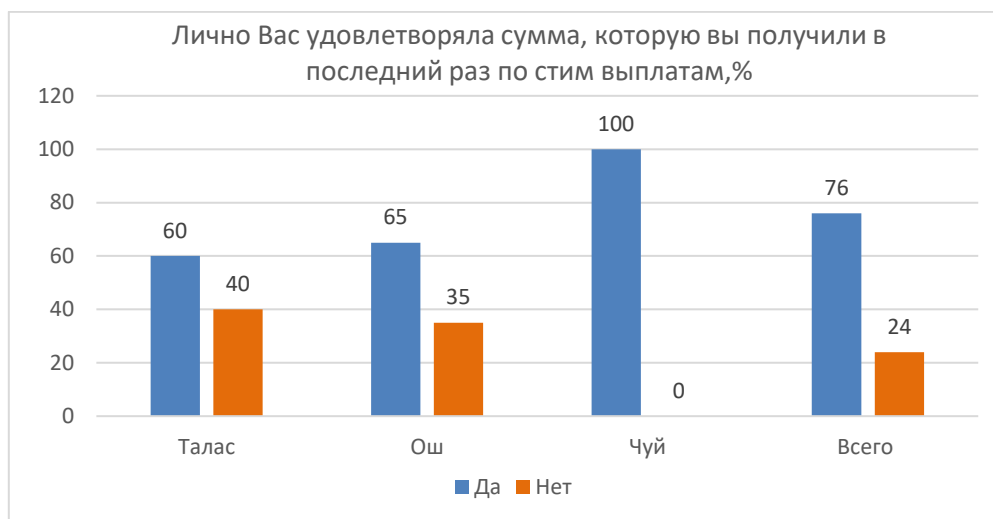
Рисунок 26. Влияние стимулирующих выплат на лечение других заболеваний



Опрос семейных врачей о том, насколько они удовлетворены выплатами, которые получили по результатам работы на основе индикаторов в последний раз показал (последние выплаты по стимулирующим выплата были в марте 2021 года), что в целом большинство врачей были удовлетворены размером выплат, которые были сделаны в последний раз – 76% всех опрошенных семейных врачей.

Так, в Чуйской области 100% врачей отметили, что были удовлетворены суммой, которую получили в последний раз. В Таласской и Ошской областях врачи отметили удовлетворенность полученной суммой в 60% и 65% случаях соответственно.

Рисунок 27. Удовлетворенность семейных врачей, полученным размером стимулирующих выплат, %



Во время проведения опроса и фокус-групповых дискуссий семейных врачей просили отметить и назвать средние суммы общей заработной платы, которую они получали на руки до введения стимулирующих выплат, во время стимулирующих выплат и после отмены стимулирующих выплат после повышения заработной платы на 100%.

Результаты опроса показали, что в среднем заработная плата по всем опрошенным регионам до введения стимулирующих выплат минимальная составляла 4000 сом и максимальная не превышала 13000 сом.

Во время введения оплаты по результатам на основе индикаторов общая заработная плата значительно выросла и минимальная составила 15000 сом, максимальная до 40000 сом.

После отмены стимулирующих выплат и 100% повышения базового оклада с апреля 2021 года минимальная заработная плата, которую врачи получали за данный период составила 13000 сом и максимальная 25000 сом.

Опрошенные врачи отметили, что во время стимулирующих выплат, они в отдельные месяцы по итогам начисленных баллов, могли получать довольно значительные суммы до 40000 сом, но это единичные случаи, чаще всего получаемая заработная плата была в пределах 15000-25000.

Было отмечено, что 100% повышение базового оклада заработной платы у многих врачей практически сравнялась с суммой, которую они получали во время стимулирующих выплат. Но отдельные врачи отмечали, что во время стимулирующих выплат они имели возможность получать больше.

При проведении фокус-групповых дискуссий было отмечено, что в настоящее время, после повышения базового оклада заработной платы в апреле 2021 года, сумма заработной платы стала практически такой же, когда ранее в период с октября 2018 по март 2021 года, врачи

получали дополнительно к заработной плате стимулирующие выплаты. Как было указано выше, в настоящее время семейные врачи получают увеличенный на 100% базовый оклад (сумма базового оклада после повышения составляет - 10000 сом, ранее было 5000 сом). Кроме этого, в настоящее время, к базовому окладу врачи дополнительно получают доплаты за стаж работы, категорию и дополнительные выплаты по трудовому участию (КТУ).

Отмена стимулирующих выплат оказала существенное влияние на заработную плату молодых врачей. Во время начисления стимулирующих выплат их заработная плата была намного выше, чем в настоящее время, после 100% увеличения базового оклада. Такое различие связано с тем, что молодые врачи получают в основном только выплаты базового оклада и не имеют дополнительных выплат за стаж работы и категорию.

6.3.3. Результаты обсуждений в фокус-групповых дискуссиях

- Функциональные обязанности медицинских специалистов и навыки

Во время фокус-групповых дискуссий семейные врачи и медсестры отметили, что в учреждении имеются утвержденные должностные инструкции, в которых отражены все их функциональные обязанности. Как было отмечено, данные инструкции утверждены руководством ЦОВП и все специалисты ознакомлены с ними.

При этом врачи отметили, что они выполняют некоторые функции, которые не отражены в их функциональных обязанностях: это регулярные субботние уборки, в настоящее время дополнительно врачи и медсестры проводят подворовые обходы, связанные с информированием населения о вакцинации. Кроме того, врачи отметили, что дополнительная нагрузка для них выполнение планов о покупке страховых полисов ОМС. Чаще всего население не хочет покупать данные полисы, руководство ЦОВП постоянно за это их наказывает.

Врачи отметили, что им приходится выполнять большой объем нагрузки в связи с нехваткой семейных врачей, особенно в Таласском районе. Из-за нехватки семейных врачей и медсестер у них большая нагрузка, так как они имеют более 5000 приписанного населения на одного семейного врача. Некоторые ГСВ в данной области не имеют ни одного семейного врача, там работают только медицинские сестры. В Карабурунском районе Таласской области также большая нагрузка на семейных врачей из-за отсутствия узких специалистов, таких как окулист, кардиолог, эндокринолог. За последний год из-за пандемии COVID-19, нагрузка на семейных врачей стала еще больше.

Кроме того, врачи отмечают большую нагрузку, связанную с заполнением документации, амбулаторных карт и КИФов, при этом не у каждого врача имеется компьютер для своевременного введения данных по КИФ. Многие семейные врачи отметили трудности с работой на компьютерах, у них нет навыков компьютерной грамотности.

Семейные врачи и медсестры отметили, что КГМИПипК проводит регулярное обучение, но из-за нехватки специалистов, они не всегда могут выезжать на данное обучение. Кроме того, было отмечено о низком качестве обучения в КГМИПипК, отсутствие обучения практическим навыкам.

Многие семейные врачи отметили, что несмотря на обучение они не всегда проводят смешанный прием, особенно гинекологических больных, беременных, детей. Им не хватает навыком проводить соответствующее ведение и лечение, поэтому они продолжают вести больных по своей первой специализации, например, гинеколог смотрит беременных, педиатр – детей и т.д.

Практически все семейные врачи во время обсуждений отметили, что инфраструктура для работы достаточная, есть некоторые случаи, когда говорилось о проблемах с водой, электроснабжением, но в целом обметили, что имеются все соответствующие условия.

По поводу обеспеченности оборудованием, лекарствами для экстренной помощи средствами гигиены, врачи отметили, что в целом также имеют все условия для оказания соответствующих услуг.

- Влияние стимулирующих выплат на выполнение обязанностей и качество медицинских услуг

Семейные врачи и руководители ОЗ отметили, что с введением стимулирующих выплат значительно увеличилась нагрузка как на семейных врачей, так и руководителей, особенно заместителей ПМСП по лечебной работе, которые проводили верификацию показателей индикаторов и начисление баллов.

При этом руководители отметили, что введение индикаторов по стимулирующим выплатам помогло им увидеть и оценить результаты работы каждого врача.

Семейные врачи отметили, что с введением оценки результатов работы по индикаторам они стали лучше выполнять свою работу, так как имели большую мотивацию получить дополнительные выплаты. Многие врачи понимают, что это их повседневная работа, но из-за выплат они ее выполняли лучше и они реально видели свои результаты, так как некоторые показатели резко стали улучшаться.

Особенно улучшение результатов увидели те врачи, которые ранее не вели смешанный прием, это отметили врачи ЦОВП с большим количеством врачей и приписанного населения, такие как Карасуйский и Московский районы. Они стали брать на учет и вести пациентов с СД, ГБ, которых ранее вели только узкие специалисты.

Врачи более отдаленных ЦОВП, как Манасский район и Алайский районы отметили, что они и раньше вели смешанный прием и резкого увеличения больных и соответственно нагрузки они не ощутили, но у них возникли проблемы с посещением отдаленных ГСВ и ФАП, так как они находятся на довольно значительном расстоянии от районного ЦОВП. Отмечено было также

об улучшении качества работы, потому стали больше уделять внимание отдаленным ГСВ и ФАПам.

Семейные врачи отметили, что при введении стимулирующих выплат необходимо было учесть работу семейных медицинских сестер. Из-за того, что для медсестер не было предусмотрено выплат на основе индикаторов, а лишь единая доплата, учитывая, что работа семейного врача и медсестры командная и вклад медсестёр также был значительный, возникали недоразумения и конфликтные ситуации. Семейные врачи считают, что работа по результатам работы, должны включать также медсестер поскольку результаты их работы достигаются при их совместной работе.

Медсестры, в свою очередь, отметили, что выполняли большую работу за врачей для достижения результатов по показателям индикаторов. Нагрузка их увеличилась, но мотивации работать у них не было, так как им по индикаторам дополнительных выплат не было.

По поводу проведения верификации показателей по индикаторам и начисленному количеству баллов – проводилось самими врачами под руководством клинического руководителя ГСВ. Зам директора ОЗ регулярно проводили проверку этих данных, периодически проводился аудит амбулаторных карт, опрос пациентов.

В Алайском районе Ошской области и Карабурунском районе отметили, что верификацию регулярно (каждые три месяца) проводили также специалисты областных ТУФОМС.

Как положительные факторы введения стимулирующих выплат врачи отметили значительное улучшение качества работы в плане ведения документации: стали своевременно заполнять амбулаторные карты, вводить в базу данных КИФы (в течение 3 дней).

Улучшилось наблюдение за беременными, их своевременное взятие на учет, посещение детей на дому, выявление и взятие на учет больных с СД и ГБ, семейные врачи стали наблюдать и вести данных больных сами, ранее направляли к узким специалистам при их наличии.

Значительно улучшилась мотивации врачей работать семейными врачами, так, в Алайской ЦОВП отметили, что во время внедрения стимулирующих выплат 4 врача узкой специальности переобучились и стали работать семейными врачами.

Особенно были заинтересованы работать по результатам индикаторов молодые врачи, потому что у них было значительное увеличение заработной платы по стимулирующим выплатам (до 20000 сом). Даже в настоящее время, когда была увеличена заработная плата на 100%, эти врачи получают меньше (около 10000-12000), так как пока не имеют дополнительных выплат за стаж, категорию и другие.

Как негативные факторы введения стимулирующих выплат, врачами была отмечена несвоевременная оплата, в некоторых регионах с опозданием на 2-3 месяца проводились выплаты.

Увеличение нагрузки в связи с мероприятиями, связанными с COVID -19, вакцинацией населения, увеличение количества посещений населения, проведение профилактических мероприятий и т.д.

Особенно остро врачи отмечали увеличение нагрузки, связанной с ведением документации, врачи отметили, что именно нагрузка, связанная с ведением пациента, его лечением не увеличилась, а большую часть времени стали занимать своевременная отчетность и ведение документации. Для этого врачам приходилось после времени приема оставаться дополнительные часы или выходить на работу в выходные дни.

Здесь следует пояснить, что с введением стимулирующих выплат врачам ГСВ не нужно было заполнять какую-то дополнительную документацию, так как индикаторы с рассчитанными баллами выходили из базы данных КИФ-амбулаторный автоматически, но для того, чтобы автоматические данные были корректными, врачам необходимо было следить за качеством заполнения КИФов (ранее неоднократно при проведении мониторинговых визитов специалистами ЦЭЗ было отмечено недостаточное качество ведения КИФов в регионах), необходимо было самим врачам своевременно вводить их в базы данных (выше было уже упомянуто о недостаточных навыках компьютерной грамотности врачей и о том, что до недавнего времени ввод данных в компьютерную базу данных осуществлялся операторами отдела мониторинга и оценки ЦСМ/ ЦОВП). Кроме этого, определенное время стала занимать верификация данных (к которой подключались также и врачи ГСВ, заинтересованные в получении наибольших баллов), перепроверка качества данных в заполненных КИФах, их дополнение (особенно в первые месяцы введения стимулирующих выплат выявлялись случаи неполного заполнения тех или иных полей КИФ врачами, в результате чего могли исказиться и автоматически полученные результаты).

Произошло некоторое смещение приоритетов с других заболеваний, которые не отслеживались по внедренным индикаторам. Врачи отметили, что они больше времени уделяли больным, отслеживаемым по индикаторам, стало больше посещений на дому, выявление больных заполнение документации, поэтому некоторые больные остались без внимания, то есть регулярного наблюдения. Те пациенты, которые были на приеме, им оказывали услуги, но особенно заполнение документации и амбулаторных карт было запущено.

Некоторые индикаторы, по которым начислялись баллы, были труднодостижимыми и их результат не зависел от врачей и руководства ОЗ.

По ходу работы, особенно в первое время, возникали вопросы с корректной работой программного обеспечения КИФ по расчету индикаторов и начислению баллов, так как на изменение программного обеспечения было отведено очень мало времени, программа сразу была запущена «в тестовом режим», без проведения предварительного пилотирования и тестирования. Выяснение спорных вопросов занимало много времени, приходилось постоянно обращаться в отдел мониторинга и оценки ОЗ и в ЦЭЗ, чтобы выяснить причины некорректной работы программы.

Кроме того, практически везде отмечались проблемы с плохим интернет соединением и недостаточное оснащение компьютерами семейных врачей.

Было отмечено о недостаточности лабораторного и диагностического обследования для пациентов - отсутствие реактивов и оборудования для некоторых видов лабораторных обследований (холестерин, креатинин, гликолизированный гемоглобин).

Также врачи отметили, что были случаи приписок некоторых случаев заболеваний, для того чтобы увеличить количество баллов по некоторым индикаторам. Врачи признались, случаи приписок показателей индикаторов были, особенно по индикаторам, связанным с заболеваемостью пневмонией и ОКИ у детей, впервые выявленными пациентами с ГБ и СД. С одной стороны, причины приписок были в связи с недопониманием врачей механизмов стимулирующих выплат, врачи считали, что должны ежемесячно показывать результаты по каждому индикатору. С другой стороны, причины приписок объяснялись желанием получить больший размер выплат за показатели.

Низкая приверженность пациентов к лечению, особенно хронических больных с СД и ГБ. Пациенты часто не соблюдают предписания врачей, и в связи с чем трудно достичь необходимых показателей, несмотря на все усилия врачей.

- Предложения на основе обсуждений с медицинскими специалистами ОЗ

- Для улучшения качества работы на ПМСП должна быть хорошая мотивация для семейных врачей: соответствующий размер заработной платы и нагрузка.

- По мнению опрошенных врачей, результаты их работы не должны основываться только на отдельных индикаторах, необходимо отслеживать в целом объем работы, который выполняется врачами и медицинскими сестрами, например количество приёмов в месяц и количество обслуженного населения. При этом нужно помнить, что при разработке индикаторов изначально ставилась задача сделать упор не на объем/количество (на что постоянно делают акцент практические врачи), а на качество оказываемых услуг.

- Для увеличения заработной платы предлагается увеличить базовый оклад и использовать систему КТУ, но начисление КТУ сделать прозрачным по результатам работы каждого врача. Также ввести оплату семейным врачам за посещение участков.

- Отрегулировать вопросы, связанные с учетом и отчетностью в сторону сокращения затрат времени на их ведение/ заполнение. Полная автоматизация процессов учета и отчетности.

- Повышение полномочий и компетенций медицинских сестер, внедрить отдельный сестринский прием и отдельные показатели по результатам их работы.

- Повышение практических навыков и компетенций семейных врачей и медицинских сестер, обучающие программы должны разрабатываться по потребности в навыках и с упором

на овладение тех или иных манипуляций. Кроме того, у врачей есть потребности в повышении компьютерной грамотности, и межличностных и социальных коммуникаций.

6.4. Результаты опроса пациентов

В результате проведенного исследования, количество опрошенных пациентов в Таласской, Ошской и Чуйской областях составило 296 человек. Из них, пациенты с гипертонической болезнью - 18,9%, пациенты с сахарным диабетом 2 типа - 20,9%, родители детей до 1 года - 20,2%, родители детей до 5 лет - 19,9% и беременные женщины до 12 недель - 19,9%. В рамках исследования было задачей опросить примерно равное количество пациентов в каждой категории.

56% всех пациентов, принявших участие в исследовании были опрошены на территории ЦСМ, ГСВ и ФАПов во время визита в ЦОВП. 28% людей ответили на вопросы интервью по телефону. Оставшиеся 16% пациентов были опрошены на дому. Все телефонные контакты и адреса пациентов с соответствующими диагнозами были взяты из медицинских карт у семейных врачей.

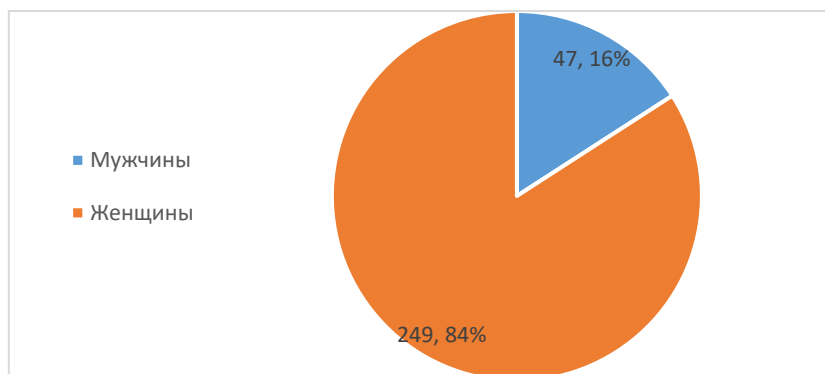
Таблица 13. Распределение пациентов по 5 категориям по областям

Категории пациентов	Таласская область	Ошская область	Чуйская область	Всего
Пациенты с ГБ	19	19	18	56 (18, 9%)
Пациенты с СД 2 типа	20	21	21	62 (20, 9%)
Дети до 1 года	21	19	20	60 (20,2 %)
Дети до 5 лет с пневмонией и ОКИ	17	22	20	59 (19,9 %)
Беременные женщины до 12 недель	20	19	20	59 (19,9%)
Итого	97	100	99	296

6.4.1. Портрет респондентов

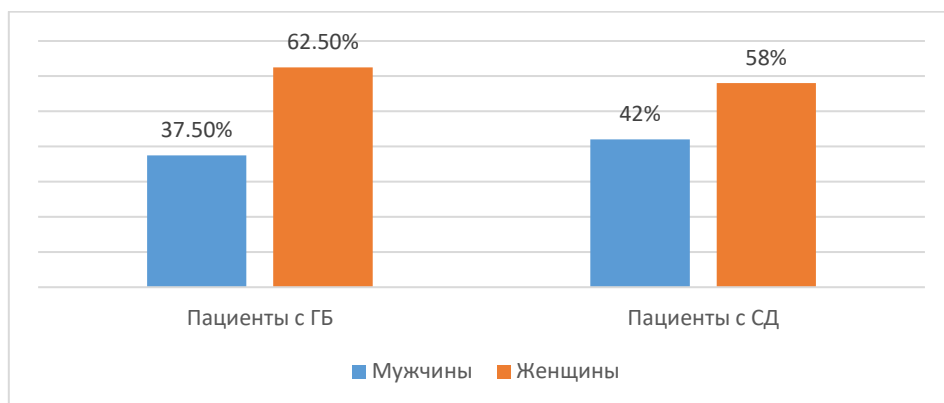
Из общего количество опрошенных пациентов было 249 (84%) женщин и 47 (16%) мужчин. Количество пациентов-женщин значительно превалирует, так как в трех категориях из пяти в опросе приняли участие только женщины. Это касается беременных женщин до 12 недель, родителей детей до 1 года и 5 лет. У родителей детей, в опросе приняли участие преимущественно матери, в связи с чем кол-во опрошенных пациентов женского пола составило большинство случаев.

Рисунок 28. Распределение общего кол-ва респондентов по полу, %



Пациентов-женщин с гипертонической болезнью составило 35 (62,5%), мужчин соответственно - 21 (37,5%). Среди пациентов с сахарным диабетом 2 типа, женщин также больше - 58%, мужчин - 42%. Из этого, можно сделать вывод о том, что за услугами здравоохранения в трех изученных регионах страны больше обращаются женщины.

Рисунок 29. Распределение опрошенных пациентов с ГБ и СД 2 типа по полу, %



Средний возраст всех опрошенных респондентов составляет 41, 6 год (Таблица 2). Средний возраст пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа составил 63 года. 6, 8 месяцев и 3,3 года - это средний возраст детей до 1 года и до 5 лет, чьи родители обращаются за медицинской помощью в местные ЦСМ, ГСВ и ФАПы.

Таблица 14. Средний возраст опрошенных респондентов, лет

Пациенты по 5 состояниям	Средний возраст	Минимальный возраст	Максимальный возраст
Пациенты с ГБ	64.6 лет	48 лет	83 года
Пациенты с СД 2 типа	61.3 лет	40 лет	80 лет
Дети до 1 года	6.8 месяцев	1 месяц	12 месяцев
Дети до 5 лет с пневмонией и ОКИ	3.3 года	1 год 1 месяц	5 лет

6.4.2. Удовлетворенность услугами в ГСВ

Согласно результатам опроса, видно что пациенты во всех трех областях чаще всего обращаются к семейному врачу только при ухудшении состояния по основному заболеванию. Визит лишь небольшого процента респондентов с ГБ и СД 2 типа связан с профилактическим осмотром. Подавляющее большинство все же обращаются только тогда, когда начинают беспокоить симптомы основного имеющегося заболевания или при беременности.

Стоит отметить, что большая часть опрошенных беременных женщин и женщин, у которых имеются дети до 1 года, стараются регулярно посещать семейного врача в целях планового осмотра, измерения роста, веса, сдачи анализов и прививок. В этой связи, последний визит большинства беременных, женщин с детьми до 5 лет был связан с профилактическим осмотром. Лишь незначительная доля опрошенных женщин обращаются в ГСВ при ухудшении их состояния здоровья и ухудшении состояния детей до 1 года.

Таблица 15. Причины одного из визитов в ГСВ в период с января 2019 года по 1 апреля 2021 года, %

	ГБ	СД 2 типа	Дети до 1 года	Дети до 5 лет с пневмонией и ОКИ	Беременные женщины до 12 недель
Регулярный профилактический осмотр	7	5	96,	39	98,4
Ухудшение состояния по основному заболеванию	59	64	0%	53	0
Ухудшение состояния, не связанное с основным заболеванием	34	31	3,3	8	1,6

Удовлетворенность пациентов услугами, предоставляемые в отобранных ОЗ показывает среднее значение, которое колеблется от 3,7 до 4,35. В целом, последний визит в ГСВ был оценен респондентами положительно, средняя оценка по 5-бальной шкале почти по всем параметрам была в пределах 4 баллов (Рис. 28).

Наиболее высоких оценок заслужили такие параметры как информация о диагнозе, анализах и лечении (4,2 балла), а также уделенное время и информация о лекарствах (4,1 балл). Относительно низкую оценку получил такой параметр как рекомендации, не касающиеся медикаментозного лечению (3,9 баллов).

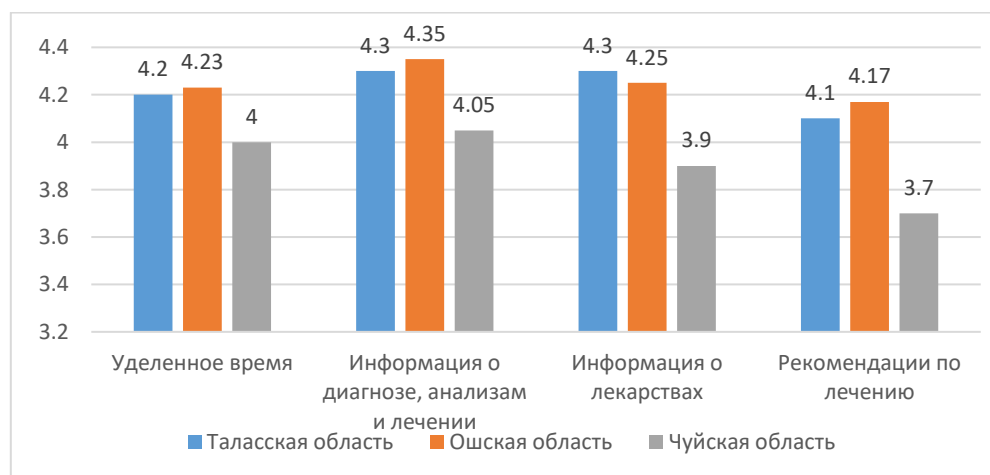
В каждом регионе респонденты часто упоминают о том, что несмотря на то, что уделяемого на прием времени достаточно, в медицинских учреждениях присутствуют очереди, и пациенты вынуждены длительное время ожидать приема. Также, опрашиваемыми пациентами было отмечено, что они не имеют информации о существовании электронной очереди к врачу, что указывает на недостаточную информационно-просветительную работу среди населения и, как следствие, недостаточную реализованность системы электронной очереди в регионах. При этом, респонденты отмечают вежливость врачей, их заинтересованность в работе и лечении пациентов, подробность расспросов о состоянии здоровья.

Выдержки из интервью, пациент с СД, 68 лет

“Когда я подолгу не прихожу на приемы, врач сам звонит, приглашает в ЦСМ на осмотр, говорит забрать те или иные лекарства или сдать анализы”.

Предоставление дополнительной информации о немедикаментозном лечении часто отмечают беременные женщины и пациенты с сахарным диабетом. Врачи рекомендуют данной группе пациентов соблюдать диету (беременным чаще на последних сроках), практиковать пешие прогулки на свежем воздухе, ограничить или увеличить количество физических нагрузок.

Рисунок 30. Средняя оценка удовлетворенности последним визитом в ГСВ (по 5-бальной шкале),



6.4.3. Оценка качества услуг ГСВ, оказываемых беременным женщинам

При опросе женщин, состоящих на учете по поводу беременности, исследование обращает внимание на такие параметры качества услуг как назначение фолиевой кислоты в 1-м триместре беременности, назначение анализа на уровень гемоглобина, а также назначение анализа на бактериурию.

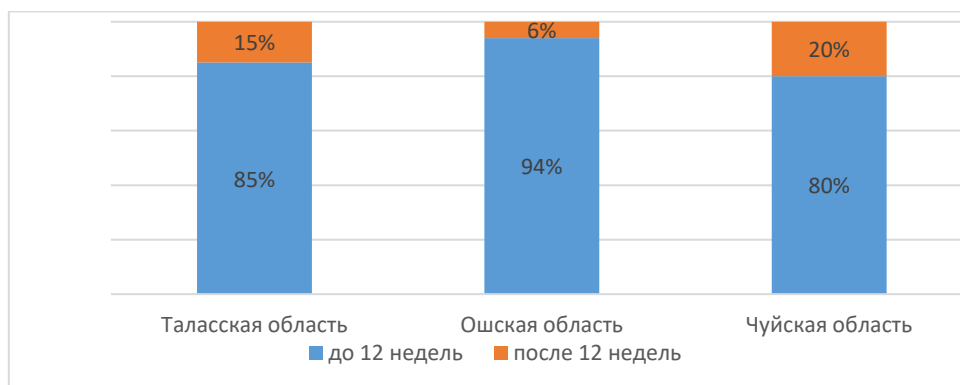
Среди опрошенных беременных женщин превалирует доля тех, кто находился на третьем триместре беременности. Доля женщин, вставших на учет до наступления 12 недель

беременности во всех трех областях, в среднем, составляет 86%. В Ошской области, данный показатель составил 94%, в Таласской - 85% и Чуйской - 80% (Рис.30). Самый низкий показатель сохраняется в Чуйской области (20% опрошенных женщин встают на учет после 12 недель).

Нужно отметить, что посещение семейных врачей среди беременных с достаточно регулярное.

Беременным регулярно проводят антропометрические измерения, назначают необходимые анализы, а именно измеряют кровяное давление, назначают анализ мочи, делают УЗИ и проводят другие необходимые обследования.

Рисунок 31. Срок беременности, при котором встали на учет, %



Среди тех, кто встал на учет по беременности до 12 недель, фолиевая кислота была назначена в 98% опрошенных случаях. Наиболее высокий показатель в Ошской и Таласской областях: все опрошенные женщины, вставшие на учет до 12 недель, получили назначение фолиевой кислоты. В Чуйской области данный показатель ниже - 95%.

89% тех, кто получил назначение фолиевой кислоты в трех областях, отмечают, что врач разъяснил причину его назначения. Наиболее высокий показатель наблюдается в Ошской области - 95%. Однако, несмотря на то, что респонденты в большинстве случаев говорят о том, что врач разъяснил причину назначения фолиевой кислоты, при дополнительном опросе выяснилась низкая осведомленность о причинах назначения и действии препарата. Ответы не показывают фактических знаний респондентов в Ошской области. В то время как в Таласской и Чуйской областях, женщины имеют более четкое представление и глубинные знания о необходимости приема фолиевой кислоты беременными.

Рисунок 32. Беременные женщины, информированные о приеме фолиевой кислоты, %



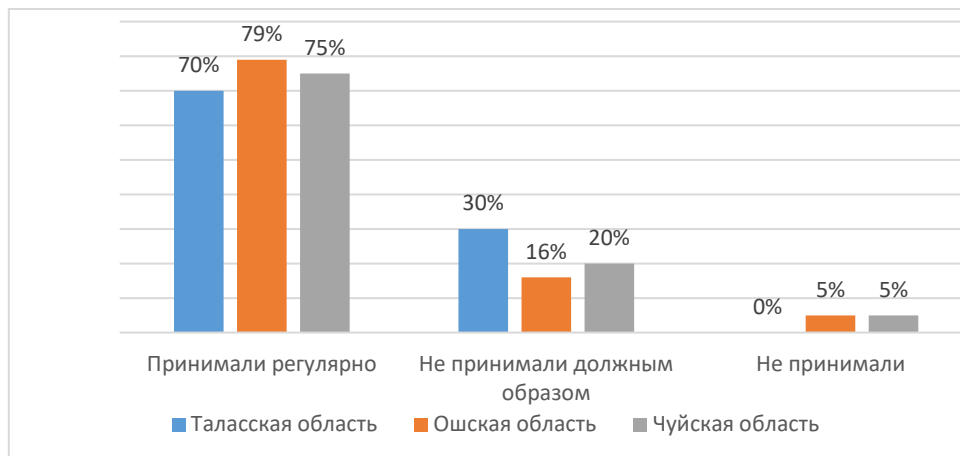
Несмотря на высокие показатели назначения препарата фолиевой кислоты, лишь 74% женщин принимали ее регулярно. Таким образом, 22% беременных, принявших участие в опросе, не принимали фолиевую кислоту должным образом и почти 4% беременных не принимали ее вовсе.

В Таласской области случаев отказа от приема фолиевой кислоты не было отмечено. В то время как в Ошской и Чуйской областях одинаковая доля беременных женщин (5%) отказались от приема фолиевой кислоты.

Основными причинами отказа от приема фолиевой кислоты в Ошской и Чуйской областях были отмечены тошнота при приеме лекарственных средств, а также личное желание беременных женщин.

Причинами нерегулярного приема были указаны следующие причины: забывала принимать лекарство, по советам знакомых отказывалась принимать лекарства, а также постановка на учет после 12 недель.

Рисунок 33. Беременные женщины, принимавшие фолиевую кислоту, %



Опрос беременных женщин, по поводу сдачи анализа на гемоглобин показал, что практически большинство женщин во всех трех областях его сдавали. Более того, уровень осведомленности о необходимости прохождения анализа на гемоглобин составляет 86%, что указывает на довольно высокое качество антенатального наблюдения за беременными женщинами.

От 80 до 85% женщин отметили, что сдавали анализ на бактериурию в первом триместре беременности, из них доля женщин, отметивших, что врач рассказал о необходимости сдачи анализа на бактериурию составил 56,6% по исследуемым регионам. Респонденты отмечают, что анализ на бактериурию сдавался ими за свои средства в частной лаборатории или лаборатории службы санэпиднадзора.

Рисунок 34. Беременные женщины, сдавшие анализы на уровень гемоглобина и бактериурию, %

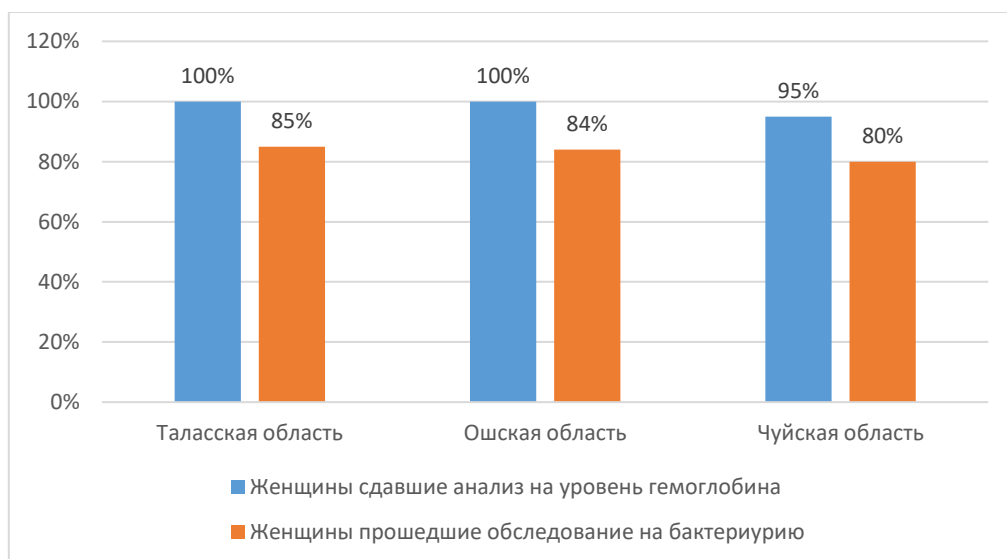
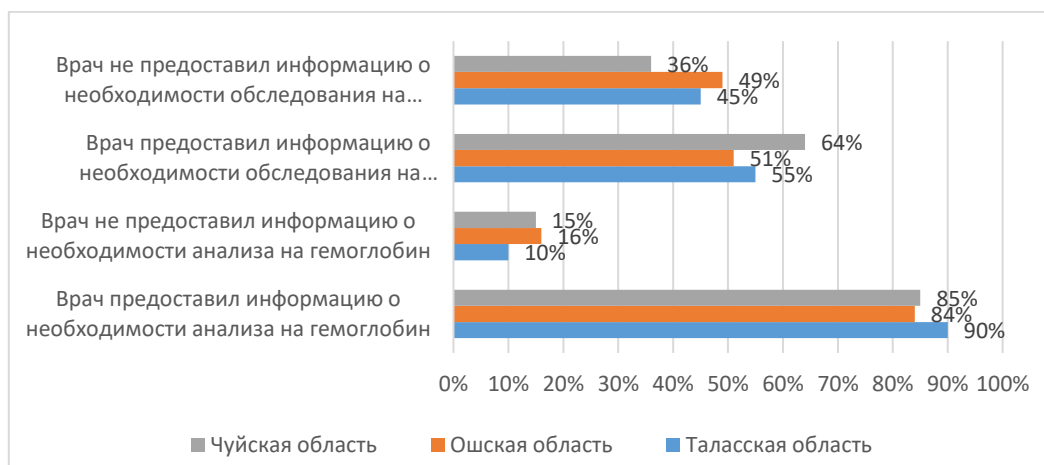


Рисунок 35. Беременные женщины, получившие информацию о необходимости обследования на бактериурию и гемоглобин, %

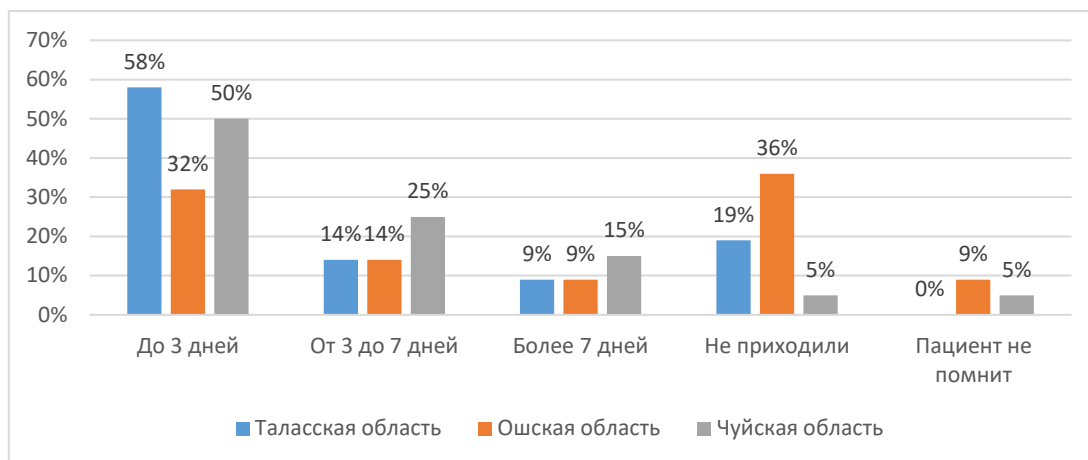


6.4.4. Оценка качества услуг ГСВ для детей

Среди индикаторов механизма стимулирования врачей ГСВ, также предусмотрены индикаторы для оценки изменения качества услуг для детей в возрасте до 12 месяцев. Для опроса родителей были выбраны параметры, характеризующие качество наблюдения за детьми до 1 года: посещение ребенка врачом ГСВ после выписки из родильного дома и регулярность наблюдения за ребенком на 1-ом году жизни.

Результаты опроса показали, что общая доля женщин с детьми, которых посещали врачи ГСВ в течение 3 дней после выписки составила чуть меньше половины - 47%. 17% отметили, что посещение состоялось в течение 3-7 дней после выписки, и 11 % ответили, что врач пришел после 7 дней. В Ошской области отмечается самая низкая посещаемость врача в течение 3 дней после выписки из роддома (32%) и самый высокий показатель отсутствия визита врача после выписки (36%). В Таласской области, чаще всего (в 25 % случаев) визит врача к ребенку после роддома происходит после 7 дней.

Рисунок 36. Посещение врачами новорожденных в первые три дня, %



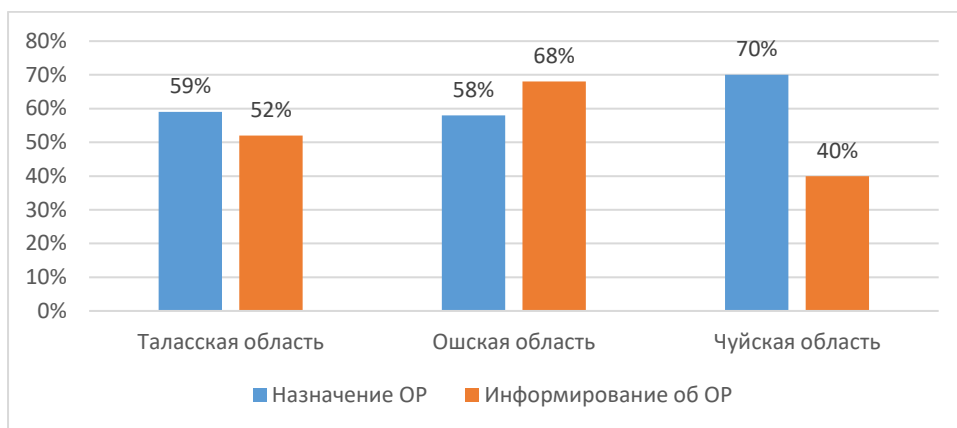
Подавляющее большинство женщин, с детьми до 1 года отметили, что посещают врача один раз в месяц или чаще. В случае несвоевременного посещения ГСВ, врачи часто сами вызывают матерей на профилактические осмотры, плановые прививки, измерения роста/веса детей. Небольшая доля опрошенных пациентов стараются посещать 1 раз в месяц, но иногда не получается. Это в большей мере связано не с личным нежеланием, а скорее занятостью домашним бытом и работой. Среди опрошенных было также небольшое кол-во и тех, кто посещает врача только тогда, когда ребенок заболает.

Для оценки удовлетворенности пациентов и качества услуг для детей в возрасте до 5 лет у которых была диарея или пневмония для опроса были выбраны дети, у которых была пневмония или острая кишечная инфекция в период работы стимулирующих выплат с октября 2018 года по апрели 2021 года. Опрос показал, что около 63% процента родителей с детьми до 5 лет обращаются в медицинские учреждения чаще всего по поводу ухудшения состояния здоровья не связанного с основным заболеванием, а именно по причине ОРВИ, ОКИ, диареи и пневмонии.

В случаях острой кишечной инфекции оральная регидратационная (ОР) терапия была назначена 59% опрошенных пациентов в Таласской области, 58% пациентов в Ошской области и 70% пациентов в Чуйской области.

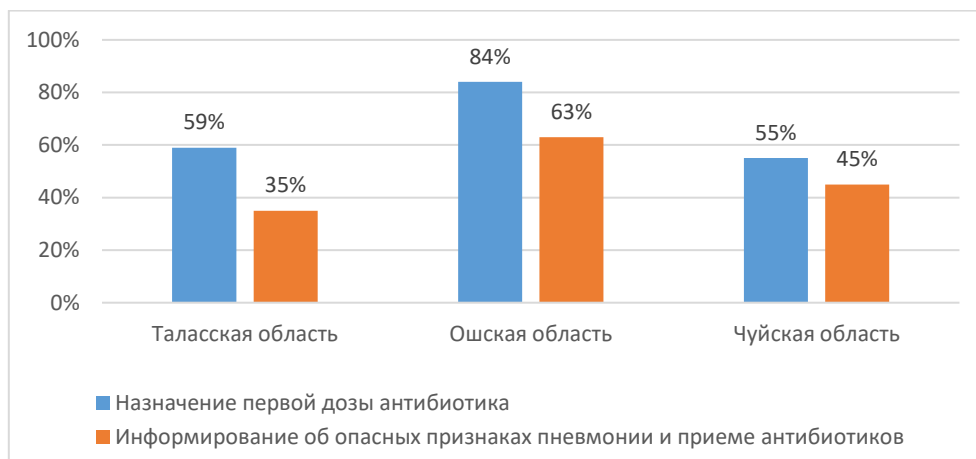
Информирование о необходимости назначения оральной регидратационной терапии для детей до 5 лет лучше происходит в Таласской и Ошской областях, в то время как в Чуйской области 30% пациентов среди тех, кому было назначено ОР не были информированы о ее необходимости.

Рисунок 37. Назначение оральной регидратационной (ОР) терапии и информирование о ее необходимости, % в разрезе областей



Назначение первой дозы антибиотиков на уровне ГСВ при пневмонии у детей до 5 лет во всех трех регионах происходит в среднем в 66% опрошенных случаях. В Ошской области назначение первой дозы антибиотиков (84%) наблюдается чаще, чем в Таласской и Чуйской областях.

Рисунок 38. Назначение первой дозы антибиотиков при пневмонии на уровне ГСВ и информировании о ее необходимости и опасных признаках пневмонии, %



Информирование об опасных признаках пневмонии и приеме антибиотиков со стороны врачей в регионах происходит в 47% случаев, что говорит о слабом информировании населения о признаках пневмонии, методах лечения и других деталях, связанных с данным заболеванием. Стоит отметить, что при опросе населения (пневмонии у детей до 5 лет), у которых была пневмония в течение исследуемого периода был очевидным тот факт, что возможно были приписки данных случаев со стороны семейных врачей. Практически в каждом регионе от 5-10% пациентов отметили, что не было случаев пневмонии в данный период, хотя данные пациенты были взяты из амбулаторных карт, где был зарегистрирован случай с пневмонией.

6.4.5. Оценка качества услуг ГСВ для пациентов с гипертонической болезнью и сахарным диабетом

В механизме стимулирующих выплат семейных врачей были включены индикаторы, направленный на улучшение качества услуг для людей с ГБ и СД 2 типа.

Для оценки удовлетворенности пациентов и качества оказания медицинских услуг на уровне ГСВ были выбраны вопросы, характеризующие частоту посещения врача ГСВ и выполнение рекомендации врачей по приему лекарств для контроля ГБ и СД.

Результаты опроса показали, что 46% опрошенных с ГБ в Таласской области обращались к врачам ГСВ за последние 6 месяцев в среднем не реже, чем 1 раз в месяц. В то же время 31% опрошенных обращались в ГСВ от 1 до 2 раз за последние 6 месяцев.

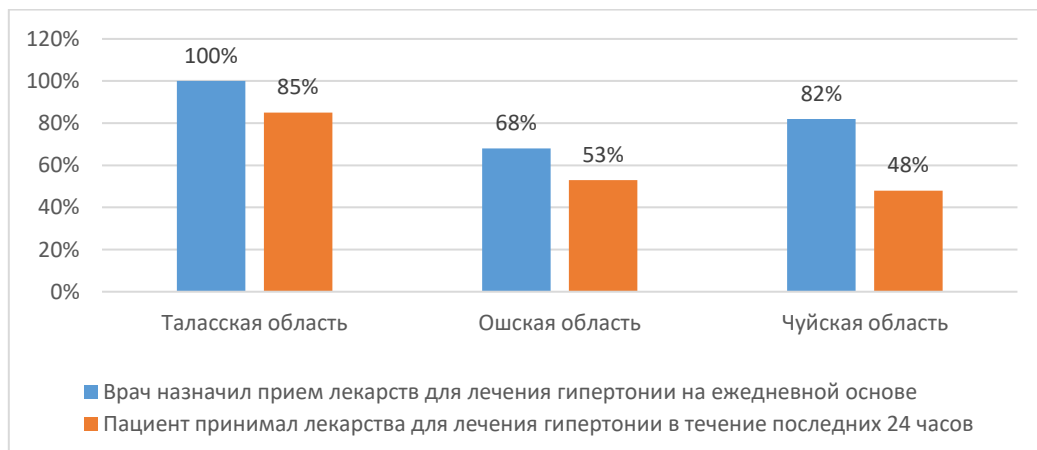
В Ошской области 42% опрошенных с ГБ посещали ГСВ ежемесячно или чаще. Доля пациентов с ГБ обращавшихся к семейному врачу 1 раз в 2-3 месяца, составила 47%, 10 % опрошенных обращается один раз в год.

В Чуйской области 29% больных пациентов с ГБ обращается к семейному врачу ежемесячно, 53% респондентов обращаются в ГСВ 1-2 раз в 6 месяцев. В то же время 18% опрошенных в Чуйской области обращаются в ГСВ по поводу своего заболевания лишь 1 раз в год.

В Таласской области в 100% случаев больным с ГБ, врачи назначали прием лекарств на ежедневной основе, в то время как самый низкий показатель наблюдается в Ошской области, где лишь 68% из числа опрошенных пациентов отметили, что им был назначен прием лекарств каждый день.

85% пациентов с ГБ в Таласской области принимали лекарства для лечения гипертонии в течение последних 24 часов, 53% в Ошской области и 48% в Чуйской области. Таким образом, можно сделать вывод о том, что на регулярной основе стараются принимать препараты пациенты в Таласе и Оше. В Чуйской области разрыв между процентом назначения и приема лекарств на постоянной основе составляет 34% (Рисунок 39).

Рисунок 39. Контроль гипертонической болезни, %



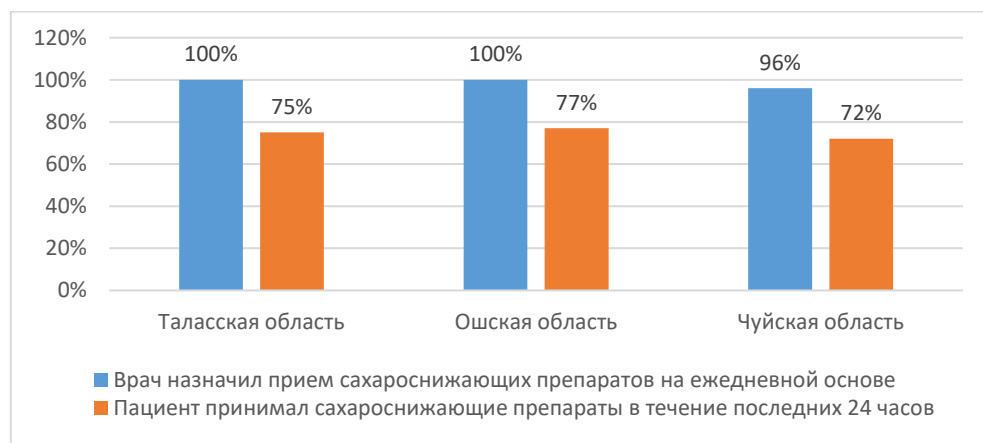
Наиболее часто встречающиеся причины нерегулярного приема препаратов пациентами с гипертонической болезнью являются назначение приема лекарств только при повышении АД (9%), лекарство оказывает вредное воздействие на другие органы (33%), забыл принять лекарство (12%), у меня может сформироваться зависимость (6%) и другое (6%).

Опрос среди пациентов с СД 2 типа показал, что данные пациенты чаще всего обращаются в связи с ухудшением состояния по основному заболеванию – 64% и 31% опрошенных обращались в ГСВ в связи с ухудшением состояния, не связанного с основным заболеванием.

Опрошенные пациенты с СД 2 типа в 98% случаев отметили, что им был назначен регулярный прием сахароснижающих препаратов, однако из них только 75% принимали сахароснижающие лекарства последние 24 часа. (Рисунок 40)

Среди наиболее часто встречающихся причин нерегулярного приема сахароснижающих препаратов были отмечены следующие причины: забыл принять лекарство (5%), лекарство стоит очень дорого (42%), лекарства оказывают вредное воздействие на другие органы (18%), возможность формирования зависимости (30%), другое (5%).

Рисунок 40. Назначение и прием сахароснижающих препаратов, %



Таким образом, в целом по результатам опроса пациентов можно сделать следующие выводы:

- Уровень удовлетворенности населения услугами ГСВ остается достаточно высоким;
- Вежливое отношение врачей к пациентам, подробность расспросов о состоянии здоровья, дополнительные рекомендации о немедикаментозном лечении являются преимуществами высокой удовлетворенности пациентов;
- Качество наблюдения за беременными женщинами имеет положительные сдвиги, улучшение качества наблюдения и получение информации по различным аспектам развития отметили беременные женщины и родители новорождённых детей;

- Информирование пациентов об опасных признаках диареи и пневмонии, а также необходимости приема лекарственных препаратов остается на среднем уровне;
- Низкая информированность населения приводит к неэффективности работы внедряемых электронных очередей из-за большого потока пациентов и врачи вынуждены сокращать количество времени на прием, что в свою очередь не позволяет качественно и досконально провести осмотр, разъяснительные работы по методу лечения и назначению препаратов;
- В отношении приверженности пациентов с ГБ и СД и информационной работы с данными пациентами остаются вопросы, т.к. значительная доля респондентов не принимают лекарства регулярно, часто лишь в случае ухудшения состояния.

7. ОБСУЖДЕНИЯ И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ВЫВОДЫ

Случившаяся пандемия COVID-19 и связанные с этим ограничения в 2020 году привели к значительному сокращению госпитализаций, соответственно снижению количества пролеченных случаев и как следствие, к более низким темпам прироста финансирования стационаров, тогда как механизм финансирования ПМСП, привязанный к количеству приписанного населения, позволил сохранить объемы финансирования вне зависимости от использования медицинских услуг населением.

Сопоставление таких показателей, как повышение уровня финансирования, сокращение количества обращений населения и динамика уровня заболеваемости, указывает на необходимость пересмотра подходов к повышению доступности и качества услуг деятельности ПМСП. В связи с этим актуальны вопросы дальнейшего развития механизмов финансирования ПМСП с учетом более объективной оценки качества предоставляемых услуг населению и прозрачным мониторингом достигнутых результатов деятельности.

Задачи данного исследования были направлены на изучение вопросов, связанных с особенностями финансирования ПМСП в КР, механизмами стимулирующих выплат в период с октября 2018 года по март 2021 года, анализом показателей здоровья на ПМСП в соответствии с индикаторами по стимулирующим выплатам в период до и во время внедрения данных механизмов, оценкой мнения медицинских специалистов и удовлетворённости населения.

Ограниченность ресурсов является сдерживающим фактором для обеспечения адекватного финансирования как системы здравоохранения в целом, так и ПМСП в частности. Нормативы финансирования медицинских услуг по средствам республиканского имеют тенденцию снижения, что связано с недостаточным выделением средств из республиканского бюджета, не учитывающего ежегодный рост населения республики. Имеет смысл отдавать приоритет новым методам оплаты ПМСП, которые окажут наибольшее влияние на расширение охвата и повышение качества услуг в связи с высокоприоритетными неинфекционными заболеваниями, требующими особого внимания.

Все изменения в методах оплаты должны быть согласованы с изменениями в моделях оказания услуг, инфраструктуре, оборудовании, обучении и распределении персонала, а также с изменениями в методах управления потоками пациентов. При отказе от таких механизмов оплаты, организации здравоохранения ПМСП лишаются стимулов для повышения качества своей деятельности.

По результатам данного исследования в целом, можно отметить, что стимулирующие выплаты оказали достаточно заметное влияние на улучшение некоторых показателей деятельности ПМСП, увеличение количества семейных врачей и улучшение их мотивации. Надо отметить, что данные механизмы отслеживали и поощряли улучшение показателей работы каждого врача и мотивировали их улучшать качество оказываемых услуг.

По состоянию на 1 января 2021 года доля семейных врачей от общего числа врачей на уровне ПМСП составляет в среднем 42%, а семейных медсестер – 55% от общего числа среднего мед. персонала. С того времени, как были введены стимулирующие выплаты, число врачей ГСВ и семейных медсестер увеличилось в связи с тем, что врачи узких специальностей стали проходить перепрофилизацию, как специалисты семейной медицины. В среднем, с 2018 года число семейных врачей увеличилось почти на 30%, а семейных медсестер – на 5%. Однако, остается актуальной проблема возрастного состава врачей, так в 2020 году процент работников пенсионного возраста в ОЗ практически достиг уровня в 30%.

Внедрение дополнительных стимулирующих выплат для семейных врачей показало значительное увеличение размера их заработной платы, это особенно мотивировало работать молодых врачей, у которых было значительное увеличение заработной платы. Дополнительные стимулирующие выплаты от общего объема заработной платы врачей составили значительную долю - 54%. Так, средняя заработная плата семейного врача составила в 2020 году 22 840,0 сомов, из которых 12 350,0 сомов (54%) – это были доплаты по стимулирующим выплатам на основании индикаторов показателей деятельности.

Разработанные механизмы стимулирующих выплат были достаточно гибкими и позволяющими вносить необходимые изменения, постоянно отслеживались, пересматривались индикаторы, суммы стимулирующих выплат за те или иные показатели и т.д.

Однако, недостаточно была проведена разъяснительная работа по формированию индикаторов и расчету стимулирующих выплат, что вызвало много вопросов и непонимания среди врачей ГСВ, о чем свидетельствуют результаты исследования. Однако, следует также отметить, что изначально и не предполагалось охватить семинарами всех врачей ГСВ, дальнейшая разъяснительная работа должна была уже проводиться на уровне самих ОЗ обученными представителями организации (учитывая, что все нормативные документы были расписаны довольно подробно), что не было сделано.

В самой системе внедрения доплат по результатам оценки работы были допущены недоработки, связанные напрямую с технической поддержкой и автоматизированными системами учета КИФ, особенно в начале работы по механизмам стимулирующих выплат. Это

произошло, преимущественно из-за того, что механизмы стимулирующих выплат внедрялись очень быстро, в тестовом режиме, не было периода пилотирования механизмов и тестирования программы по учету результатов деятельности семейных врачей.

Несмотря на то, что процесс расчета индикаторов и начисления баллов был полностью автоматизирован, проведение верификации данных КИФ с амбулаторными картами/выборочным опросом пациентов, уточнение всех спорных вопросов с СВ/ВОП, изменение данных после верификации и повторный подсчет баллов (в случае выявления несоответствий записей в амбулаторной карте клиническим протоколам/ приписок и др.), недостаточные навыки врачей работы с компьютером – все это стало дополнительной нагрузкой для медицинского персонала в этом процессе.

В рамках данного исследования, на основании данных, содержащихся в формах статистической отчетности о деятельности организаций здравоохранения ПМСП, возможно было провести анализ по 8-ми из 12-ти индикаторов для оценки результатов деятельности семейных врачей в рамках механизмов стимулирующих выплат.

Показатели по 5 индикаторам, которые отслеживались в рамках стимулирующих выплат, имелись в рутинной статистке, поэтому имелась возможность проследить динамику их изменения до введения данных выплат.

Показатели по 2 индикаторам были включены в перечень в конце 2019 года и поэтому влияние стимулирующих выплат на эти показатели не может в полной мере отразить реальную картину ситуации, в связи со спецификой работы в 2020 году организаций здравоохранения, в том числе оказывающих ПМСП, и вынужденными ограничениями в связи с пандемией COVID19.

Таким образом, можно сделать вывод, что по итогам 2019 года, в 67% (4 индикатора из 6-ти, включая прием фолиевой кислоты) стимулирующие выплаты оказали положительное воздействие на результаты работы семейных врачей/ ВОП, особенно в случаях выявления новых случаев ГБ и оказании помощи детям до 5 лет с пневмонией и диареей, в соответствии с утвержденными клиническими протоколами.

В 33% отмечалось снижение уровней индикаторов, но не значительное (не более 2%), что может быть связано не только непосредственно с деятельностью врачей, но и с другими социально-экономическими и культурными факторами, которые могут влиять на уровень индикаторов (например, женщины могли по каким-то причинам обращаться к врачу ГСВ для постановки на учет по беременности позже 12 недель).

По итогам 2020 года из 6 индикаторов у 4 индикаторов (67%) отмечалась положительная динамика, несмотря на пандемию COVID19, что говорит о сохранении доступности к медицинским услугам новорожденным, детям до 1 года, до 5 лет и беременным женщинам на уровне ПМСП.

Не все показатели индикаторов по стимулирующим выплатам, необходимые для расчета индикаторов оценки качества медицинских услуг, отражены в рутинных формах

статистической отчетности, что не позволяет провести анализ и оценить воздействие стимулирующих выплат в целом на все показатели.

Анализ данных индикаторов, проведённый в отобранных ОЗ, показал, что средний процент исполнения индикаторов деятельности семейных врачей за весь период работы по механизмам стимулирующих выплат, составил 86%.

За данный период работы, отмечается положительная динамика по 10 индикаторам деятельности семейных врачей практики, процент исполнения индикаторов составил от 82% до 99%.

Анализ показателей по индикаторам в целом по стране и в отобранных ОЗ показал, что наиболее чувствительными к изменениям и измерению являются индикаторы по показателям острых состояний или требующих госпитализацию, так как индикаторы по хроническим заболеваниям за отслеживаемый период не показывают сильных изменений и зависят от большего числа факторов и возможно могут быть менее чувствительными к механизмам выплат по результатам деятельности.

Проведенные интервью с руководителями ОЗ и опрос удовлетворенности врачей, показали, что имеются как положительные, так и негативные факторы внедрения стимулирующих выплат. Врачи отметили значительное улучшение качества работы в плане ведения документации по отслеживаемым состояниям, улучшение наблюдения за беременными, их своевременное взятие на учет, посещение детей на дому, выявление и взятие на учет больных с СД и ГБ.

При опросе мнения врачей было отмечено, поскольку результаты деятельности по стимулирующим выплатам акцентировались на индикаторах только по некоторым состояниям, другим состояниям стало уделяться меньше внимания, хотя в непосредственные обязанности врача входит качественное оказание услуг пациенту вне зависимости от наличия/отсутствия стимулирующих выплат.

Было отмечено также, что стимулирующие выплаты значительно способствовали улучшению работы врачей по семейному принципу (смешанный прием), однако для семейных медсестер не было разработано механизма дифференцированной оплаты, хотя они вместе с врачами выполняли объем работы и показатели по индикаторам.

Опрос удовлетворенности населения в целом показал, что уровень удовлетворенности населения услугами ГСВ остается достаточно высоким, но остаётся актуальной низкая приверженность пациентов к лечению, особенно хронических больных с СД и ГБ. Пациенты часто не соблюдают предписания врачей и не достигают необходимых показателей, несмотря на все усилия врачей

С апреля 2021 года были отменены механизмы стимулирующих выплат и увеличена базовая ставка заработной платы семейных врачей на 100%. Как показал опрос, это выглядит более привлекательным для семейных врачей, так как выплаты не связаны с результатами их

деятельности, при этом могут возникать некоторые риски и угрозы снижения качества оказываемых услуг для населения.

Несмотря на то что, случившаяся пандемия в 2020 году, и связанные с ней ограничения некоторых услуг ПМСП, частый пересмотр и изменение индикаторов с целью оперативного реагирования и улучшения механизмов отслеживания не позволяет в целом сделать полномасштабные выводы о влиянии стимулирующих выплат, необходимость выработки эффективной системы оплаты специалистов ПМСП и дальнейшее внедрение механизмов оплаты по результатам очевидна.

При обсуждении результатов исследования с членами Рабочей группы по разработке и пересмотру механизмов оплаты на ПМСП, специалистами МЗКР, ФОМСа, руководителями ОЗ первичного уровня и другими заинтересованными сторонами было отмечено, что система оплаты по результатам оценки деятельности на ПМСП должна продолжаться и поэтапно внедряться, при этом, больше внимания и времени нужно уделить решению технических вопросов внедрения, связанных с автоматизированным учетом и расчетом индикаторов/баллов, формированию отчетности, отражающей индикаторы по стимулирующим выплатам, преимущественно на основе электронных баз данных.

Кроме того, было отмечено что все изменения в методах оплаты должны быть согласованы с изменениями в моделях оказания услуг, инфраструктуре, оборудовании, обучении и распределении персонала, а также с имеющимися возможностями финансирования здравоохранения, необходимыми на поддержку улучшения качества и результатов деятельности ПМСП.

8. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Сводные результаты изменения индикаторов в динамике за период 2018 2020 гг.

№ п/п	Наименование индикатора	Год внесения в перечень индикаторов для оценки результатов работы СВ/ ВОП ²¹	% изм. 2019/ 2018	% изм. 2020/ 2019	% изм. 2020/ 2018
1.	Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ, %	Октябрь 2018	+7,5	+4,0	+11,7
2.	Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, %	Октябрь 2018	+17,0	+1,4	+18,7
3.	Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель, %	Октябрь 2018	-0,5	+0,4	-0,1
4.	Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью, абс. ч.	Октябрь 2018	+23,5	-24,7	-7,0
5.	Доля беременных женщин, в сроке до 12 недель, обследованных на гемоглобин и бактериурию в соответствии с клиническим протоколом, %	Декабрь 2019	-5,1	-1,1	-6,1
6.	Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом за отчетный месяц, абс. число	Декабрь 2019	+6,1	-2,3	+3,6
7.	Число новорожденных, обслуженных семейным врачом (врачом общей практики) в первые 3 дня после выписки из родильного дома (абс.число)	Октябрь 2018. В декабре 2019 года «доля» заменена на «число»	+2,5	-1,1	+1,4
8.	Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту , препараты йода и железа в соответствии с клиническим протоколом, %	Октябрь 2018 (фолиевая кислота) В феврале 2021 года добавлены препараты йода и железа	-1,6	+1,5	-0,1

²¹ Указанный год внесения индикатора в перечень индикаторов для оценки результатов работы СВ/ ВОП означает, что влияние стимулирующих выплат по индикатору возможно отследить только на основании данных следующего отчетного года

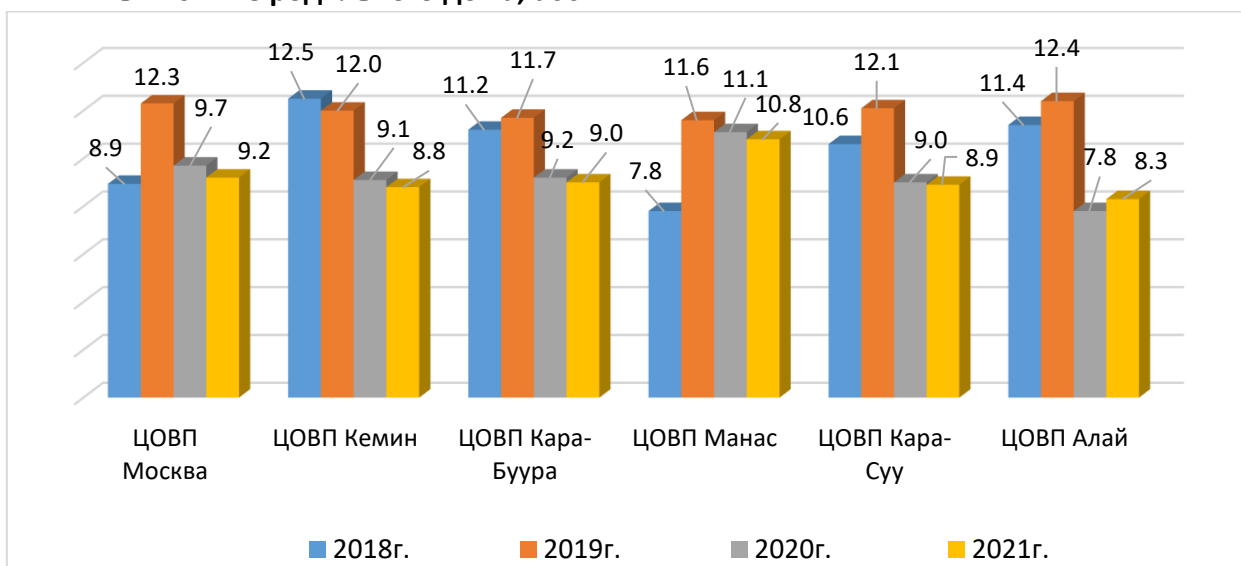
Изменение установленных показателей в баллах по индикаторам, 2018-2021гг.

Индикатор	Показатели максимальных баллов			
	2018	2019	2020	2021
1. Число новорожденных, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.	12,5	12,5	12,5	12,0
2. Доля детей в возрасте до 1-года, посетивших семейного врача, %	12,5	12,0	12,0	12,0
3. Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ, %	10,0	4,0	4,0	4,0
4. Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, %	10,0	4,0	4,0	4,0
5. Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель, %	12,0	12,0	12,0	10,0
6. Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом, %	12,0	8,0	8,0	4,0
7. Доля женщин, в сроке до 12 недель обследованных на гемоглобин и бактериурию (бак посев или окраска по Граму),%	-	8,0	8,0	8,0
8. Число родильниц, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.	-	12,5	12,5	- исключе н
9. Доля детей в возрасте 5- 7 месяцев жизни, своевременно получивших 3-ю Пентавакцину (АКДС-ВГВ-ХИБ), %	-	-	-	12,0
10. Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью, абс. ч.	11,0	8,0	8,0	8,0
11. 10. Доля пациентов с гипертонической болезнью, принимающих гипотензивные средства, у которых АД не выше 140/90, %	10,0	8,0	8,0	9,0
12. Доля больных сахарным диабетом 2 типа, у которых контролируется уровень глюкозы в крови натощак и его показатель не превышал 8 ммоль/л (с учетом индивидуальных целей), %	-	4,0	4,0	9,0
13. Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом, абс.ч. (макс.балл с марта 2019г.-7,0; с марта 2021г.-8,0)	-	7,0	7,0	8,0

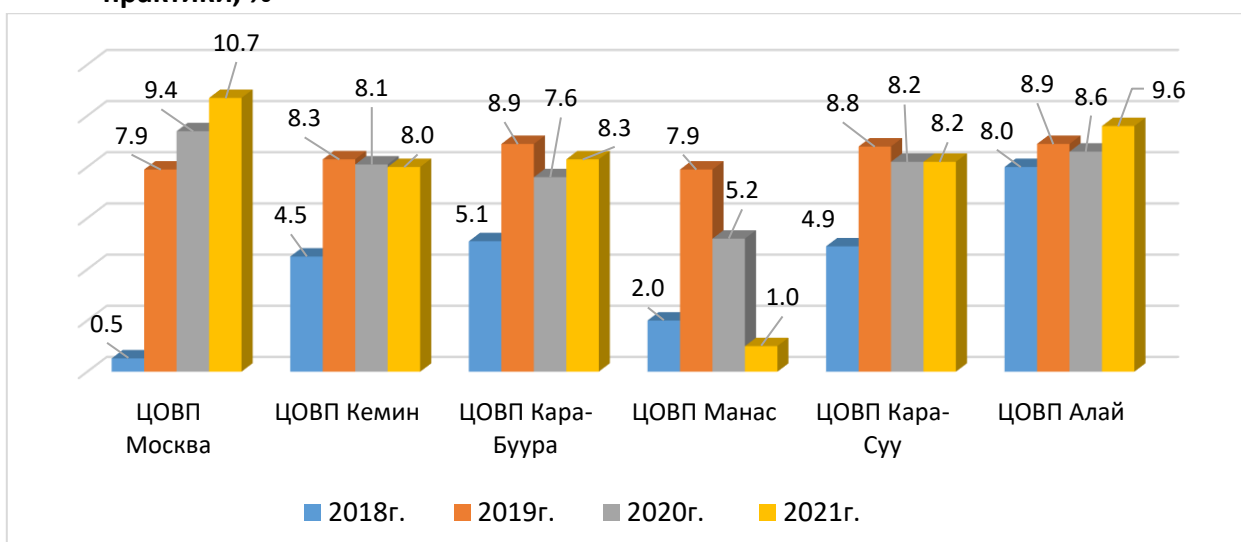
Индикатор	Показатели максимальных баллов			
	2018	2019	2020	2021
14. Пациенты с предполагаемым ТБ, протестированного на Xpert MTB/RIF в соответствии с утвержденным диагностическим алгоритмом	10,0	- (исключен)	-	-

Результаты исполнения индикаторов стимулирующих выплат в отобранных ОЗ, динамика показателей

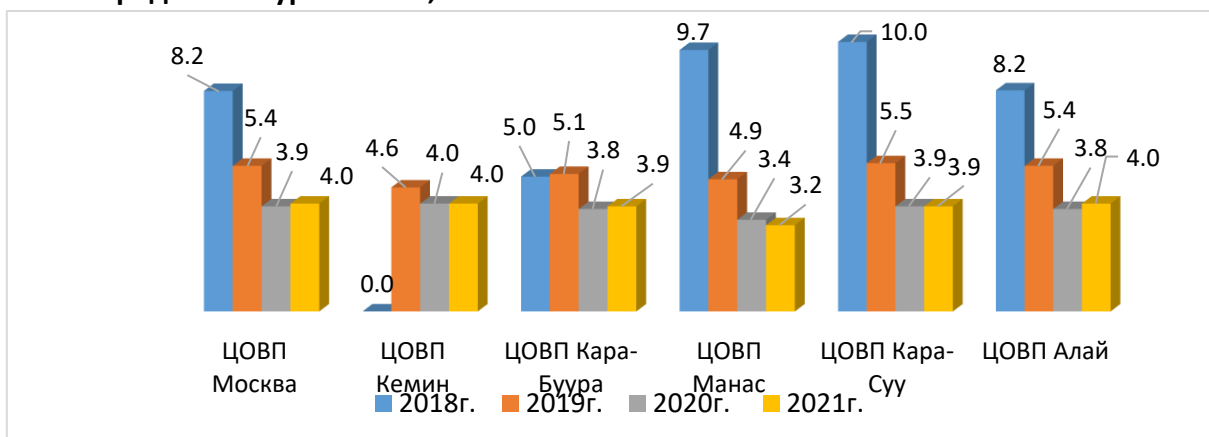
1. Число новорожденных, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.



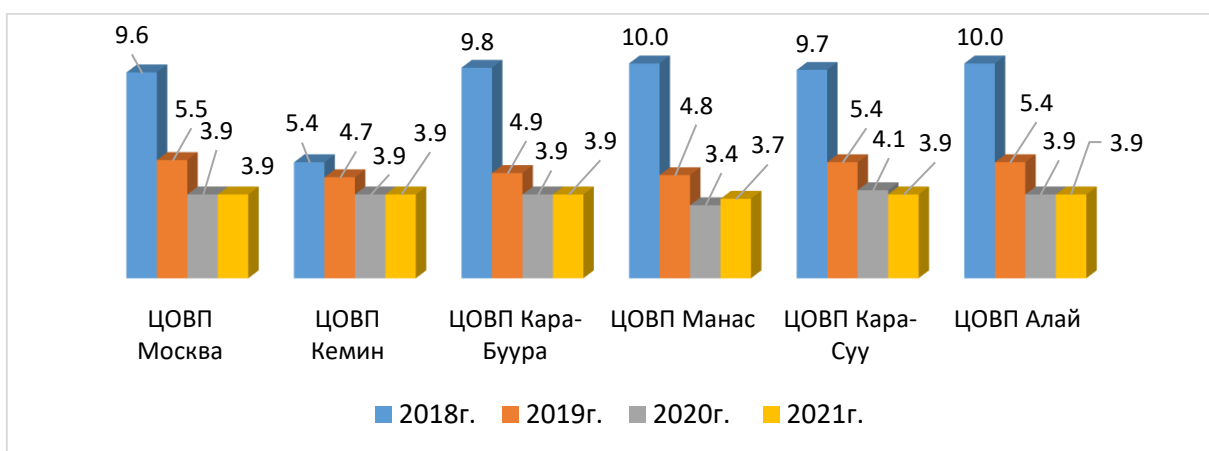
2. Доля детей в возрасте до 1-года, посетивших семейного врача/врача общей практики, %



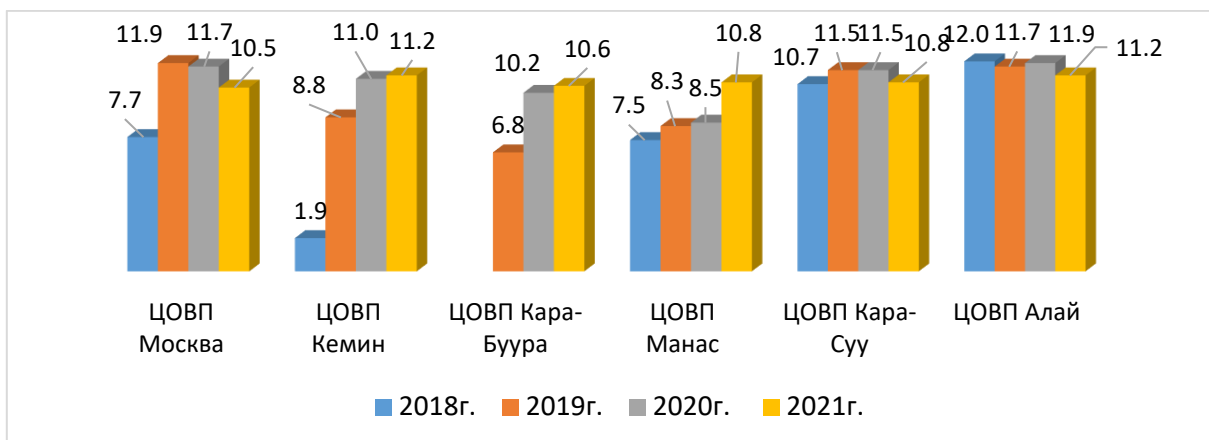
3. Доля детей в возрасте до 5-лет с диареей, получивших оральные регидратационные средства на уровне ГСВ, %



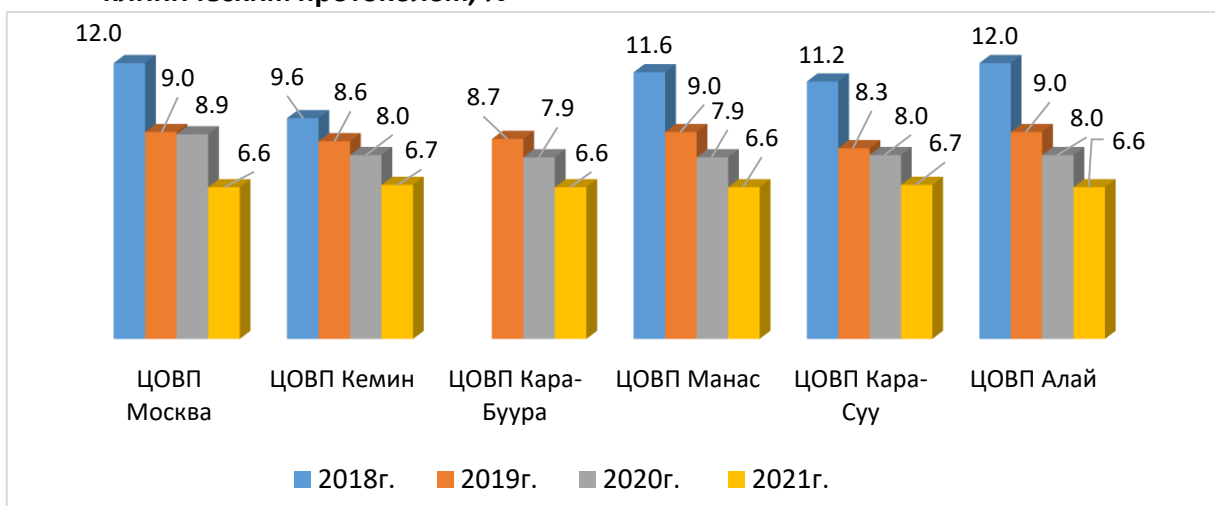
4. Доля детей в возрасте до 5-лет с пневмонией, получивших первую дозу антибиотиков на уровне ГСВ, %



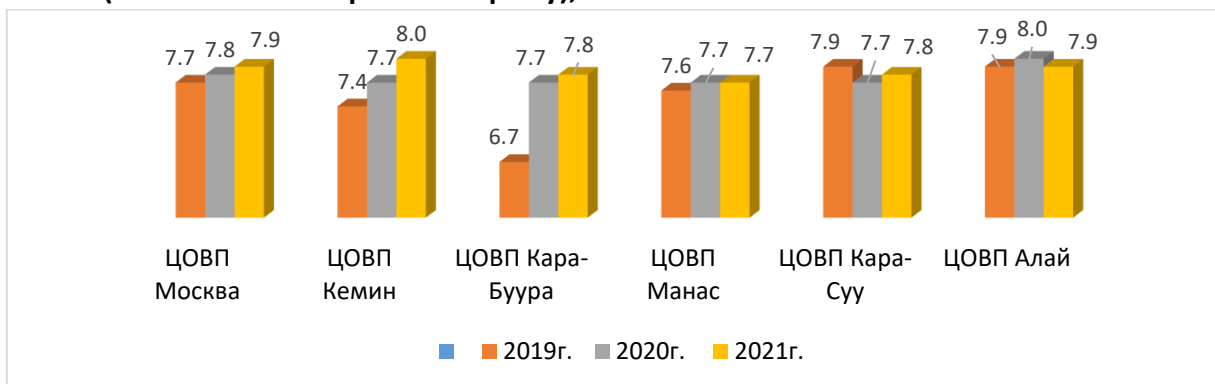
5. Доля женщин, вставших на учет по поводу беременности, в сроке до 12 недель, %
(макс.балл 2018г.-12,0; с марта 2021г.-10,0)



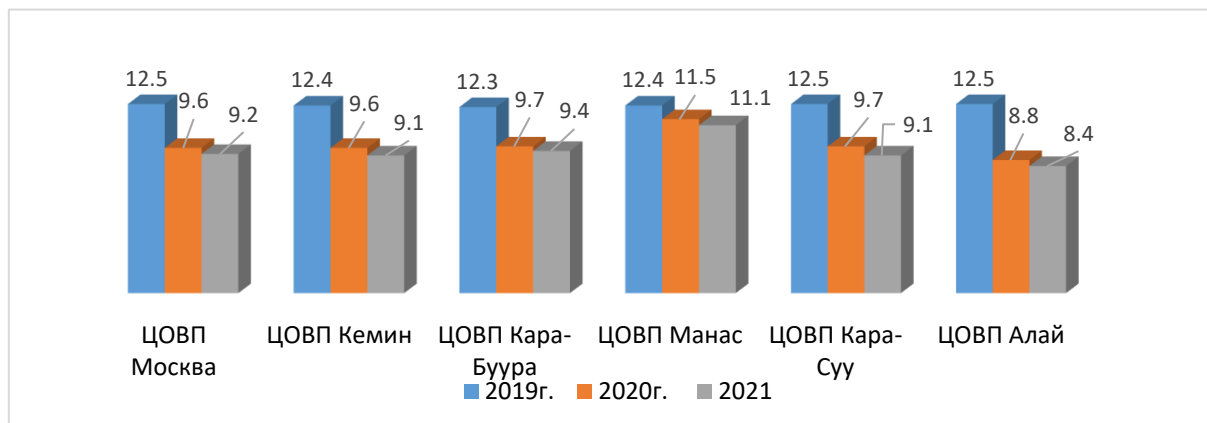
6. Доля беременных женщин, получивших фолиевую кислоту в соответствии с клиническим протоколом, %



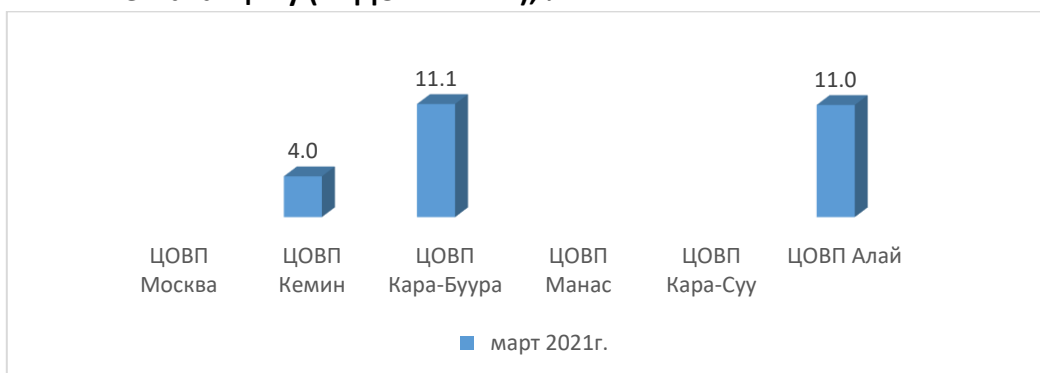
7. Доля женщин, в сроке до 12 недель обследованных на гемоглобин и бактериурию (бак посев или окраска по Граму), %



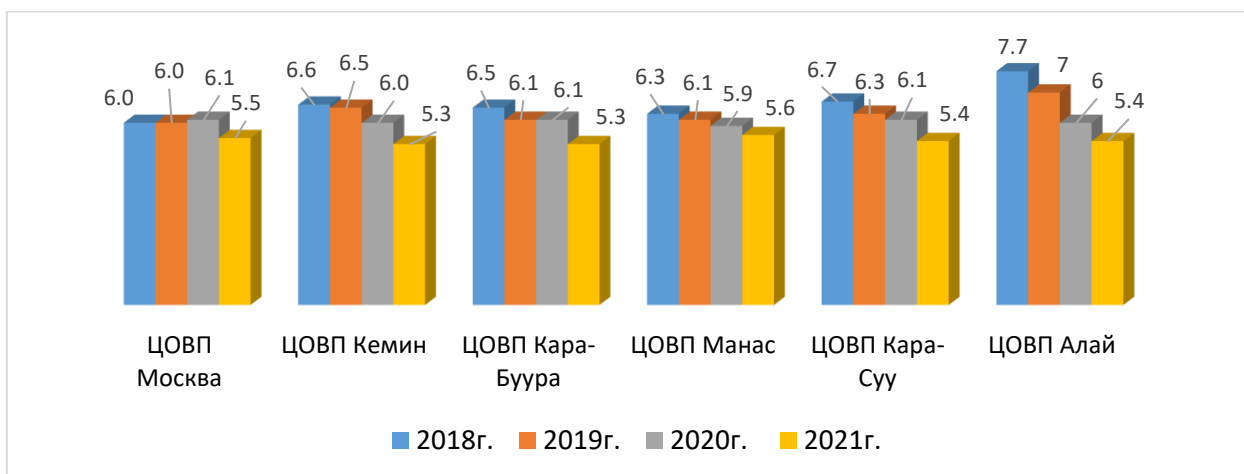
8. Число родильниц, обслуженных семейным врачом в первые 3 дня после выписки из родильного дома, абс.ч.



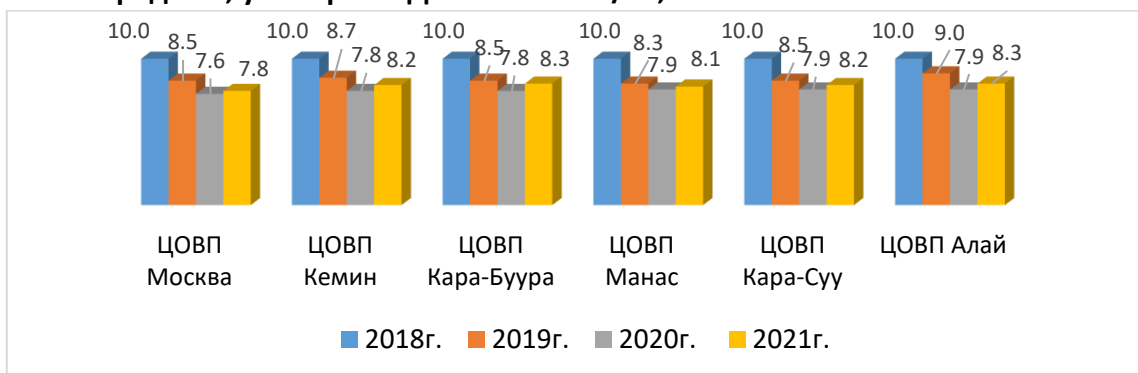
9. Доля детей в возрасте 5- 7 месяцев жизни, своевременно получивших 3-ю Пентавакцину (АКДС-ВГВ-ХИБ), %



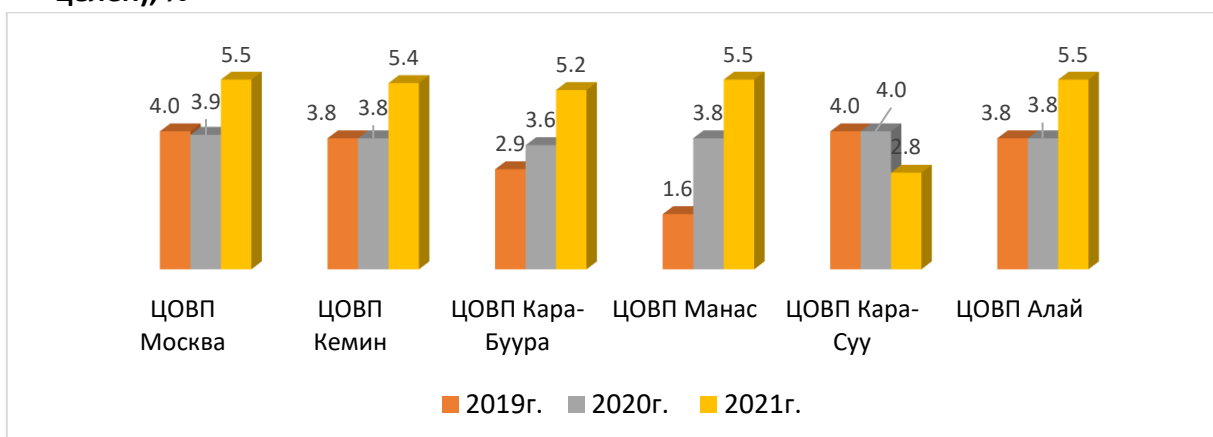
10. Число пациентов с впервые выявленной гипертонической болезнью, абс. ч.



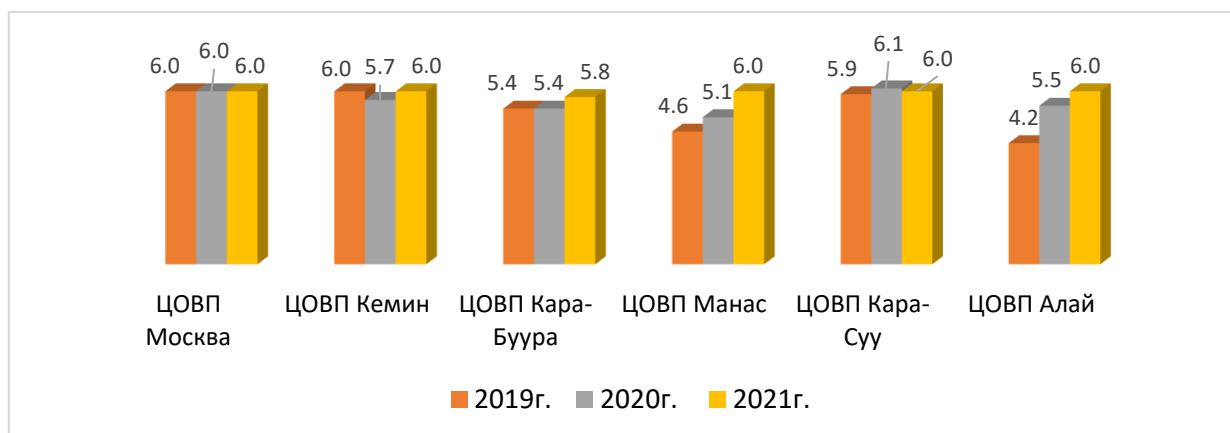
11. Доля пациентов с гипертонической болезнью, принимающих гипотензивные средства, у которых АД не выше 140/90, %



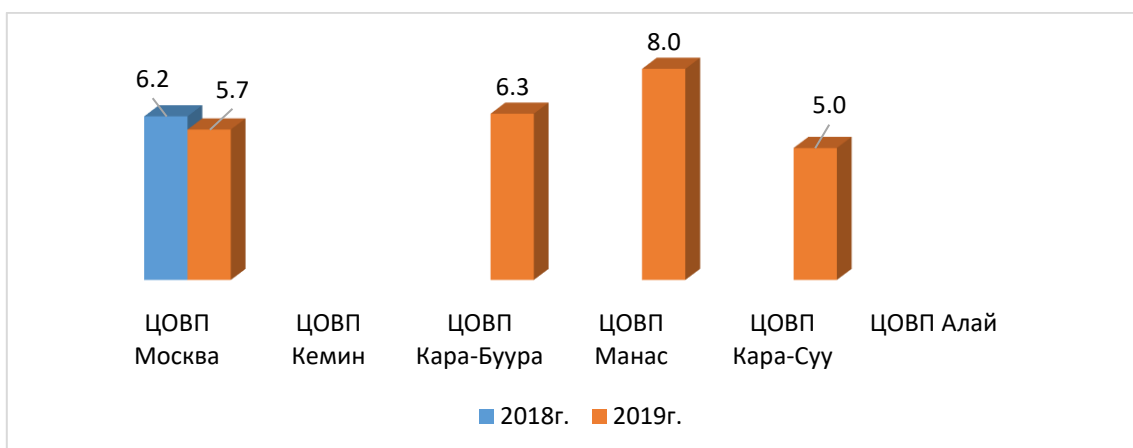
12. Доля больных сахарным диабетом 2 типа, у которых контролируется уровень глюкозы в крови натощак и его показатель не превышал 8 ммоль/л (с учетом индивидуальных целей), %



13. Число пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом, абс.ч.



14. За пациента с предлагаемым ТБ, протестированного на Хpert MTB/RIF в соответствии с утвержденным диагностическим алгоритмом (заполняется вручную)



СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Кыргызской Республики от 28 сентября 2018 г. № 451 «О внесении изменений в постановление Правительства Кыргызской Республики «Об утверждении Положения об оплате труда работников здравоохранения Кыргызской Республики от 26 мая 2011 года № 246».
2. Приказ МЗ КР от 03.10.2018 г. № 688 и ФОМС от 04.10.2018 г. № 311 «О внедрении порядка выплат семейным врачам/врачам общей практики за результаты деятельности на основе достигнутых результатов»,
3. Приказ МЗ КР от 20.03.2019 г. №148 и ФОМС от 20.03.2019 г. № 90 «О совершенствовании порядка выплат семейным врачам/врачам общей практики за результаты деятельности на основе достигнутых результатов»).
4. Приказ МЗ КР от 25 декабря 2019 г. № 1146 и ФОМС № 395 «О совершенствовании порядка выплат семейным врачам/врачам общей практики за результаты деятельности на основе достигнутых результатов».
5. Приказ МЗ КР № 799 и Фонда ОМС № 224 от 30 июля 2019 г. «Порядок проведения верификации индикаторов оценки работы семейных врачей/врачей общей практики на основе достигнутых результатов».
6. Приказ Фонда ОМС при Правительстве Кыргызской Республики от 24 февраля 2020 года №68 «Об утверждении Типовых договоров на предоставление медико-санитарной помощи организациями здравоохранения, работающими в системе Единого плательщика и Порядка заключения договоров с поставщиками медицинских услуг, участвующих в реализации Программы государственных гарантий».
7. Информация о деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики за 2020 год
8. А. Ибраимова, Б. Акказиева, А. Ибраимов, Э. Манжиева, Б. Речел. Системы здравоохранения: время перемен. Кыргызстан: Обзор системы здравоохранения. 2011.
9. Национальный добровольный обзор достижений Целей устойчивого развития Кыргызской Республики. 2020.
10. Аналитический обзор организации предоставления услуг здравоохранения в Кыргызской Республике: о чем говорят факты? Европейское региональное бюро ВОЗ. 2018
11. Обзор текущей ситуации в секторе здравоохранения и оценка эффективности деятельности первичного уровня здравоохранения. Счетная палата КР. 2014.
12. Калиев М. Т., Азизбекова Ж. А., Маматова К. Т., Борчубаева Г. Ш., Дуйшеева Э. А., Шабданов М. Т., Темиров А. Финансовый разрыв в реализации Программы государственных гарантий (ПГГ) в организациях здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика.