



**Оценка предоставления услуг населению на уровне ПМСП в рамках
Программы государственных гарантий при некоторых заболеваниях**

Бишкек 2024

Исследовательская команда

Адыл Темиров

Директор,
Центр анализа политики здравоохранения
Tel: +996(312)975057
E-mail: adyl.temirov@gmail.com
URL: <http://hpac.kg/>

Аида Абдраимова

Старший аналитик,
Центр анализа политики здравоохранения
Tel: +996(312)975057
E-mail: aida@hpac.kg
URL: <http://hpac.kg/>

Асель Дунганова

Аналитик,
Центр анализа политики здравоохранения
Tel: +996(312)975057
E-mail: asel@hpac.kg
URL: <http://hpac.kg/>

Аида Зурдинова

Эксперт по клиническим руководствам
aidazur@mail.ru

Ольга Киндякова

Эксперт по медицинской статистике
olga_k23@mil.ru

Оглавление

Список сокращений	3
1. Введение	7
2. Методология оценки.	8
2.1. Кабинетное исследование:	8
2.2. Выбор организаций здравоохранения (ОЗ)	8
2.3. Выбор заболеваний/состояний	9
2.4. Полевые исследования	10
3. Предоставление услуг на ПМСП.....	11
3.2. Структура сети ПМСП.....	14
3.3. Обращение за услугами ПМСП.....	16
3.4. Доступность услуг и маршрут пациентов	17
3.5. Доступность лабораторно-диагностических услуг на ПМСП	22
3.6. Специалисты, оказывающие услуги на ПМСП.....	23
4. Предоставление услуг на ПМСП по отдельным заболеваниям.....	30
4.1. Предоставление услуг по ведению гипертонической болезни.....	30
4.2. Предоставление услуг по ведению бронхиальной астмы на ПМСП.....	38
4.3. Предоставление услуг по ведению сахарного диабета на ПМСП.....	43
4.4. Наблюдение за беременными на ПМСП.....	50
5. Предварительные рекомендации	56
6. Приложения	58
Приложение 1. Некоторые показатели по КР и отобранным районам.....	58
Приложение 2. Перечень бесплатных лабораторных и диагностических исследований на ПМСП, включенных в ПГГ	60
7. Использованная литература.....	61

Список таблиц

Таблица 1. Отобранные организации здравоохранения.....	9
Таблица 2. Количество изученных амбулаторных карт пациентов	10
Таблица 3. Количество респондентов, которые приняли участие в фокус-групповых дискуссиях ...	11
Таблица 4. Показатели по ведению больных с ГБ по КР и выбранным регионам, 2021-2022гг., %..	33

Список рисунков

Рисунок 1. Организационная структура ПМСП	15
Рисунок 2. Общее число посещений к врачам ПМСП и доля посещений к врачам ГСВ, КР, 2018-2022гг. (абс. число, %)	16
Рисунок 3. Число посещений к врачам ПМСП на одного жителя, КР, 2018-2022гг.....	16
Рисунок 4. Пути пациента при получении услуг ПМСП	22
Рисунок 5. Динамика уровней распространенности, заболеваемости и смертности от ГБ (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше), уровень госпитализации (в % от всех зарегистрированных случаев ГБ), КР, 2018-2022гг.	31
Рисунок 6. Распространенность и смертность от ИБС, инфарктов, инсультов, КР, 2018-2022гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше).....	32
Рисунок 7. Ведение больных с ГБ, КР, 2021-2021гг., %.....	32
Рисунок 8. Рекомендации КР/ КП по ведению больных с ГБ и услуги, включенные в ПГГ	34
Рисунок 9. Получение услуг пациентами с ГБ на уровне ПМСП.....	35
Рисунок 10. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с ГБ в обследованных ОЗ, % .	36
Рисунок 11. Доля пациентов, получивших льготный рецепт, от общего числа зарегистрированных больных с ГБ, 2022г., %.....	37
Рисунок 12. Доля льготных ЛС, выписанных при ГБ, от общего числа рецептов, выписанных при ГБ, 2022г., %.....	37
Рисунок 13. Динамика уровней распространенности и заболеваемости БА, КР, 2018-2022гг. (на 100 000 населения).....	38
Рисунок 14. Доля больных БА, направленных на госпитализацию с уровня ПМСП и фактически госпитализированных, КР, 2021-2022гг., %	38
Рисунок 15. Доля больных БА, направленных на госпитализацию с уровня ПМСП и фактически госпитализированных, выбранные районы, 2022г., %.....	39
Рисунок 16. Среднее число случаев обращений на ПМСП больных БА, выбранные районы 2018, 2022гг. (на 1 больного).....	39
Рисунок 17. Рекомендации КР/КП по ведению больных с БА и включенные в ПГГ	40
Рисунок 18. Получение услуг пациентами с БА на уровнях ПМСП	41
Рисунок 19. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с БА в обследованных ОЗ, %.	42
Рисунок 20. Доля пациентов с БА, получивших льготные рецепты, 2022г., %.....	42
Рисунок 21. Доля выписанных ЛС, от общего кол-ва рецептов, выписанных при БА, 2022, %.....	43
Рисунок 22. Динамика уровней распространенности и заболеваемости СД, (на 100 000 населения), уровень госпитализации больных СД (на 100 больных СД), КР, 2018-2022гг.....	44
Рисунок 23. Частота осложнений сахарного диабета, КР, 2018-2022 гг., %	44
Рисунок 24. Доля больных СД, обследованных на гликогемоглобин, выбранные районы, 2021-2022гг., %	45
Рисунок 25. Рекомендации КР/КП по ведению больных с СД и включенные в ПГГ	46
Рисунок 26. Получение услуг пациентами с СД на уровнях ПМСП	47
Рисунок 27. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с СД в обследованных ОЗ, %	48
Рисунок 28. Доля пациентов, получивших льготный рецепт от общего кол-ва зарегистрированных больных с СД, 2022, %	49

Рисунок 29. Доля льготных ЛС, выписанных от общего кол-ва рецептов при СД, 2022, %	50
Рисунок 30. Взятие на учет и показатели по обследованию беременных в выбранных районах, 2022г. (%).....	50
Рисунок 31. Рекомендации КР/КП по ведению беременных и их соответствие ПГГ	51
Рисунок 32. Получение услуг беременными на уровнях ПМСП	52
Рисунок 33. Медицинские услуги, которые проводились беременным в обследованных ОЗ, %.....	53
Рисунок 34. Доля беременных, получивших льготный рецепт от общего кол-ва зарегистрированных, 2022, %.....	54
Рисунок 35. Доля ЛС, об общего количества выписанных рецептов при беременности, %	54

Слова признательности

Центр анализа политики здравоохранения выражает глубокую благодарность за техническую и финансовую поддержку, оказанную Страновым офисом ВОЗ и Министерством здравоохранения Кыргызской Республики данному исследованию, проведенному в рамках Национальной программы реформирования здравоохранения (2019-2030 гг.). Мы признательны за их консультации, комментарии и вклад в разработку дизайна исследования и подготовку отчета.

Команда ЦАПЗ особенно благодарна руководителям медицинских учреждений за предоставление данных, а также за их помощь в сборе данных и ценный вклад в ходе проведения исследования.

Предварительные результаты были обсуждены с Министерством здравоохранения КР, Барселонским офисом ВОЗ и страновым офисом ВОЗ, а также и другими заинтересованными сторонами, и с учетом их ценного вклада был подготовлен окончательный отчет.

Список сокращений

АД	Артериальное давление
АДО	Амбулаторно - диагностическое отделение при стационаре
БА	Бронхиальная астма
БД	База данных
ГБ	Гипертоническая болезнь
ГСВ	Группа семейных врачей
ДП ОМС	Дополнительная программа обязательного медицинского страхования
ИБС	Ишемическая болезнь сердца
КДО	Клинико-диагностическое отделение при ПМСП
КР/ КП	Клинические руководства/Клинические протокола
КИФ	Клинико-информационная форма
КР	Кыргызская Республика
КТУ	Коэффициент трудового участия
ЛП ПГГ	Лекарственный пакет Программы государственных гарантий
МЗ	Министерство здравоохранения
МИО	Медико-информационный отдел
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НСК	Национальный статистический комитет
ОЗ	Организация здравоохранения
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СД	Сахарный диабет
СОП	Стандарты операционных процедур
СМП	Скорая медицинская помощь
ТБ	Территориальная больница
ТУ ФОМС	Территориальное управление Фонда обязательного медицинского страхования
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЦОВП	Центр общеврачебной практики

1. Введение

В последние годы в республике проводится много вмешательств на уровне первичной медико-санитарной помощи с целью обеспечения доступности услуг для населения и повышения их качества.

В Кыргызстане имеется Программа государственных гарантий, которая гарантирует обеспечение доступа к услугам здравоохранения, а также ряд других государственных программ и механизмов, направленных на обеспечение доступности и качества медицинских услуг. Но многие из этих программ не получают полноценной реализации и интеграции в систему здравоохранения.

Кроме того, сильно различается доступ в получении помощи в зависимости от места проживания, то есть к гарантированным услугам ПМСП, с точки зрения объема услуг, ресурсов и географической доступности.

В связи с этим, в рамках данного исследования проведен ситуационный анализ предоставления услуг населению на уровне ПМСП. Как предоставление основных услуг по некоторым заболеваниям отражается в пакете услуг в соответствии с ПГГ и выявление основных барьеров, которые приводят к недостаточному доступу гарантированных услуг.

В связи с этим, цель исследования заключалась в следующем:

Цель:

Определение маршрута пациентов при предоставлении услуг на уровне ПМСП рамках ПГГ.

Задачи:

1. Оценка общих показателей здоровья на ПМСП по КР, а также в отобранных организаций здравоохранения (ОЗ) первичного уровня (ЦОВП/ЦСМ/ГСВ/ФАП).
2. Обзор доступности услуг, предоставляемых на уровне ПМСП на примере выбранных заболеваний.
 - 2.1. Доступность базовых услуг ПМСП в соответствии с ПГГ¹.
 - 2.2. Оценка потенциала выбранных ОЗ при оказании медицинских услуг:
 - различия в объеме оказываемых услуг в разрезе уровней ПМСП (ЦСМ/ЦОВП, ГСВ, ФАП) в зависимости от географической расположенности, город/село;
 - определение маршрута пациентов при получении услуг на ПМСП (а также за пределами ПМСП) в соответствии КР/КП;
 - доступность лабораторно-диагностических услуг;
 - роль семейных врачей и медсестер, узких специалистов при предоставлении услуг на ПМСП.
3. Доступность льготного лекарственного обеспечения в рамках ПГГ по выбранным заболеваниям.
4. Изучение мнение медицинских специалистов и пациентов:
 - медицинского персонала о базовом пакете услуг;
 - мнение пациентов о предоставлении услуг и их доступности услуг в рамках ПГГ.

¹ В рамках данного исследования объем предоставляемых услуг рассматривался по итогам предоставления услуг в отобранных ГСВ за 2022 год и в соответствии с ранее действующим ПГГ в редакции ППКР от 30 декабря 2020 года № 636, от 27 января 2021 года № 26

2. Методология оценки

Реализация данного исследования проводилась в два этапа: кабинетный анализ и сбор полевых данных. Кабинетное исследование заключалось в сборе информации из доступных источников информации, запросе статистических данных по выбранным ОЗ, разработке инструментов для сбора данных. Полевые исследования проводились в отобранных ОЗ посредством проведения интервью и фокус групповых дискуссий с ключевыми информантами.

2.1. Кабинетное исследование

2.1.1. Анализ статистических показателей проводился по выбранным регионам (выборку см. ниже) и республике в целом на основании данных официальной статистики Министерства здравоохранения и Национального статистического комитета Кыргызской Республики за 2018-2022гг².

Для проведения анализа статистических данных был сделан запрос в Центр электронного здравоохранения при МЗ КР для выбранных регионов/ районов по следующим направлениям:

- данные о медицинских кадрах;
- данные о посещениях на уровне ПМСП;
- данные о заболеваемости гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, их осложнениях, а также по наблюдению за этими заболеваниями;
- данные о наблюдении за беременными женщинами, осложнениям беременности;
- данные о госпитализации пациентов с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой;
- данные НСК по смертности и численности населения.

Данные ЦЭЗ были предоставлены на основании электронной базы данных «Медстат»³, которая формируется на уровне каждой организации здравоохранения и позволяет получать агрегированные отчеты на уровне района, региона, республики, а также проводить автоматический расчет основных показателей.

Так, одним из источников данных по медицинским кадрам является электронная он-лайн база данных «Реестр медицинских работников и национальный справочник организаций здравоохранения»; источником данных по посещениям, заболеваемости, наблюдению за беременными на уровне ПМСП - электронная он-лайн база данных «КИФ-амбулаторный»; источником данных по госпитализированным больным на уровне стационара - электронная он-лайн база данных «Пролеченный случай».

2.1.2. Обзор утверждённых КР/КП по выбранным заболеваниям, рекомендации по ведению и диагностике, медикаментозному лечению, их соответствие с базовым пакетом услуг на ПМСП.

2.2. Выбор организаций здравоохранения

Для целей данного исследования были выбраны ОЗ первичного уровня на центральном уровне, которые имеют отдельные ЦСМ (гг. Бишкек и Ош). Регионы были выбраны с учетом географической

² Электронная база данных «Медстат» за 2018-2022гг. (электронный вариант форм статистической отчетности) Центра электронного здравоохранения при МЗ КР;

Таблицы по смертности Национального статистического комитета (далее - НСК);

Ежегодные статистические сборники ЦЭЗ «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения»; Данные о повозрастной среднегодовой численности населения НСК (для осуществления расчетов).

³ До 2022 года функционировала в формате оф-лайн; с 2023 года основные формы переведены в формат он-лайн

расположенности на юге (Ошская область) и севере страны (Иссык-Кульская область), поскольку данные регионы отличаются климатическими условиями, плотностью населения, обеспеченностью медицинскими специалистами, а также имеют особенности распространённости некоторых заболеваний.

Некоторые данные по численности населения, заболеваемости и обеспеченности семейными врачами и медсёстрами в разрезе выбранных районов приложены (Приложение 1).

В каждой области было выбрано два района, которые также имеют разное географическое расположение и численность населения (Таблица 1):

Таблица 1. Отобранные организации здравоохранения

Регионы/ОЗ	Структурные подразделения ПМСП	Комментарии
Столица и центральные города:		Центральные города республиканского значения имеют самостоятельные объединенные ЦСМ, в состав которых входят филиалы ЦСМ
г. Бишкек	ЦСМ №6	
г. Ош	ЦСМ №1	
Ошская область:		
ЦОВП Узгенского район	ГСВ Узген	Большое кол-во приписанного населения ГСВ, находится внутри ЦОВП
	ГСВ Куршаб	ГСВ находится в селе
	ФАП Семиз-Кол	ФАП находится в селе
ЦОВП Алайского района	ГСВ Гульча	Приграничный район, находится далеко от областного ЦСМ Находится внутри ЦОВП
	ФАП Сопу Коргон	ФАП находится в селе
Иссык-Кульская область:		
ЦОВП Иссык-Кульского района	ГСВ Чолпон Ата	Длинная протяженность района, ГСВ находится внутри ЦСМ
	ГСВ Чон-Сары ой	
	ФАП Сары Ой	
ЦОВП Тонского района	ГСВ Боконбаево	Район находится далеко от областной ЦСМ, ГСВ находится внутри ЦОВП
	ГСВ Торт Куль	Находится в селе
	ФАП Кол Тор	Находится в селе, далеко от районного центра
Всего ОЗ разного уровня	13	

2.3. Выбор заболеваний/состояний

При выборе определенных заболевания/состояний учитывалось следующее: их приоритетность и распространенность, наличие КР/КП по данным состояниям, лекарственные препараты для лечения этих состояний должны быть включены в льготные лекарственные программы.

Исходя из этого, были выбраны следующие состояния:

- гипертоническая болезнь (ГБ);

- бронхиальная астма (БА);
- сахарный диабет 2 типа (СД 2);
- физиологическая беременность без осложнений (беременность).

Для изучения случаев ведения выбранных заболеваний были использованы утвержденные клинические руководства и клинические протоколы по 4 заболеваниям и состояниям, актуальные на момент начала исследования:

- Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в КР (Приказ МЗКР от 20 декабря 2019 г. №1129);
- Алгоритм ведения больных с сахарным диабетом 2 (РЕН 2) (Приказ МЗКР от 10 марта 2023 г. №258);
- Клинический протокол «Гипертоническая болезнь у взрослых» (Приказ МЗ КР от 23.12.2016 г. №927);
- Клиническое руководство по ведению физиологической беременности (Приказ МЗ КР от 04.04.2018г. №243).

2.4. Полевые исследования

Сбор данных проводился согласно разработанным формам в отобранных ОЗ:

- охват услугами ПМСП по выбранным заболеваниям на основе анализа амбулаторных карт за 2022 год;
- обзор соответствия инфраструктуры и оборудования для предоставления установленного объема услуг в соответствии с КР/КП по выбранным заболеваниям на разных уровнях ПМСП.

Выборка амбулаторных карт проводилась случайным образом. Для анализа соответствия лечения в соответствии с КР/КП рассматривались посещения пациентов ПМСП в период 2022 года. В каждой ОЗ отбиралось не менее 10 случаев по каждому заболеванию, включая случаи в отдельных ГСВ и ФАП, расположенных в отдаленных селах. Всего было изучено 228 случаев (амбулаторных карт пациентов), Таблица 2:

Таблица 2. Количество изученных амбулаторных карт пациентов

Заболевания/ состояния	ГБ	БА	СД 2	Беременность
Количество участников	60	48	60	60
Всего		228		

Для интерпретации данных и лучшего понимания ситуации проводились полуструктурированные интервью с руководителями выбранных ОЗ (зам. директора по первичной помощи).

Дополнительно проводились проведение фокус-групповых дискуссий в каждой отобранной ОЗ с семейными врачами, узкими специалистами, семейными медсестрами ГСВ и ФАП и пациентами. Было обязательным участие в фокус-групповой дискуссии не менее 2х пациентов по каждой из выбранных 4 состояний.

Всего было проведено 24 фокус-групповые дискуссии, в которой приняло участие 178 человек (Таблица 3).

В центре внимания обсуждений было выявление точки зрения пациентов о доступности услуг на ПМСП, в соответствии с рекомендациями КР/КП и ПГГ.

Таблица 3. Количество респондентов, которые приняли участие в фокус-групповых дискуссиях

Респонденты	Семейные врачи	Врачи узкой специальности	Семейные медсестры	Пациенты
Количество участников	46	22	52	58
Всего		178		

Обеспечение конфиденциальности и защиты данных пациентов

Для проведения исследования был издан Приказ МЗ № 951 от 09.08.2023 г. «О проведении оценки качества оказания медицинской помощи населению на уровне первичной медико-санитарной помощи в рамках пакета государственных гарантий по обеспечению граждан медицинской помощью», на основании которого руководители и сотрудники организаций здравоохранения оказали содействие членам Рабочей группы в сборе данных.

В целях защиты персональных данных пациентов доступ к амбулаторным картам был предоставлен только сотрудникам МЗ, вошедшим в состав Рабочей группы, поскольку сотрудники МЗКР имеют право и уполномочены проводить экспертизу медицинской документации организаций здравоохранения.

Члены Рабочей группы, являющиеся сотрудниками МЗ, заполняли формы с данными о прохождении лечения, диагностики и другие данные, персональные данные пациентов не рассматривались и не использовались и были обезличены (без персональных данных пациентов, ФИО, место проживания и др.) для экспертов, которые в дальнейшем проводили обработку и анализ данных.

3. Предоставление услуг на ПМСП

В данном разделе проведен обзор базовых услуг ПМСП и лекарственного обеспечения в соответствии с ПГГ. Приведена существующая структура сети ПМСП и данные по обращениям населения на ПМСП. Рассмотрены пути пациентов и доступность услуг, в том числе лабораторно-диагностических, при обращении на ПМСП в зависимости от уровней (ЦОВП/ЦСМ, ГСВ, ФАП).

В рамках данного исследования базовый пакет ПМСП рассматривался в соответствии ПГГ в редакции ППКР от 30 декабря 2020 года № 636, от 27 января 2021 года № 26⁴, который действовал в момент проведения исследования.

С 10 октября 2023 года вступила в силу обновленная Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью, утвержденная Постановлением Кабинета Министров КР от 21 сентября 2023 №493 «Об утверждении Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью»⁵.

Основная цель обновления ПГГ это переориентация ПГГ на полный охват целевых, уязвимых групп населения медицинскими услугами, в частности увеличен перечень граждан, имеющих право на

⁴ <https://cbd.minjust.gov.kg/98211/edition/1288278/ru4>

⁵ <https://foms.kg/guarantees/>

бесплатное получение медицинских услуг на амбулаторном и стационарном уровнях по социальному статусу, расписан и расширен пакет профилактических медицинских услуг для приписанного населения, конкретизированы базовые пакеты медицинских услуг для детей по возрастам до 18 лет и беременных женщин, в том числе и с осложненной беременностью, базовые лабораторно-диагностические исследования дополнены 12 исследованием - измерение остроты зрения у детей до 18 лет. А также определен список 42 исследований, которые должны проводиться во всех организациях на амбулаторном уровне⁶.

3.1. Базовый пакет услуг ПМСП

Программа государственных гарантий (ПГГ) определяет перечень услуг ПМСП, которые разделены по двум пакетам. Бесплатный пакет услуг для всех граждан включает услуги профилактики, диагностики, прием и консультации врача, базовые лабораторные и диагностические исследования по 11 видам при наличии направления от семейного врача и узкого специалиста, также лечение при оказании неотложной медицинской помощи с назначением медикаментозного лечения и проведением медицинских инъекций.

Базовый пакет включает:

- укрепление здоровья;
- профилактику заболеваний (иммунизацию, инфекционный контроль и обучение пациентов);
- диагностику (консультацию и базовые лабораторные и диагностические исследования);
- лечение (неотложную медицинскую помощь, иммобилизацию, назначения лекарств).

В базовые лабораторные исследования входят:

- общий анализ крови;
- анализ мочи и микроскопия мочевого осадка;
- микроскопия уретрального мазка;
- микроскопия вагинального мазка;
- микроскопия мокроты;
- определение сахара в крови;
- определение сахара в моче;
- электрокардиограмма (ЭКГ);
- определение холестерина в крови;
- гликированный гемоглобин для пациентов с сахарным диабетом (1 раз в год);
- анализ мочи на бактериурию для беременных женщин.

Дополнительные лабораторно-диагностические исследования, помимо указанных выше, проводятся также бесплатно при наличии направления врача гражданам по 30 категориям, указанным в Программе государственных гарантий и застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию. Остальным гражданам с оплатой полной стоимости медицинской услуги по Прейскуранту цен. Перечень дополнительных исследований не конкретизирован в ПГГ и определялся ОЗ в соответствии с утверждённым Прейскурантом цен.

В прейскуранте цен представлено 740 видов исследований, анализов и манипуляций, действующего с 1 января 2023 года в Центрах Семейной Медицины (ЦСМ), Центрах общеврачебной практики (ЦОВП), амбулаторно-диагностических отделениях (АДО) стационаров широкого

⁶ <https://foms.kg/kommentppgg/>

профиля, а также в клинико-диагностических отделениях (КДО) стационаров третичного уровня.

Прейскурант цен согласован и утвержден приказом Службы антимонопольного регулирования при Министерстве экономики и коммерции Кыргызской Республики от 22 декабря 2022 года № 57 «О согласовании прейскуранта тарифов на медицинские услуги для организаций здравоохранения Кыргызской Республики, работающих в системе Единого плательщика»⁷.

Лекарственное обеспечение

Лекарственное обеспечение в рамках ПГГ определяется в объемах финансирования организаций здравоохранения из средств республиканского бюджета, обязательного медицинского страхования и сооплаты населения за медицинские услуги в соответствии с Перечнем жизненно важных лекарственных средств в КР, утвержденным Правительством КР⁸.

Лекарственное обеспечение предоставляется на ПМСП бесплатно:

- при оказании неотложной/экстренной медицинской помощи;
- при оказании антирабической помощи;
- при иммунопрофилактике;
- при отдельных заболеваниях по клиническим показаниям (СД инсулинозависимый и инсулиннезависимый, несахарный диабет, гемофилия, туберкулез) в соответствии с нормами отпуска, определёнными в Программе государственных гарантий.

Лекарственные средства через аптечную сеть по льготным рецептам реализуются через две программы: 1) лекарственное обеспечение застрахованных граждан по Дополнительной программе ОМС (ДПОМС) и 2) лекарственное обеспечение льготной категории больных (ЛППГГ) - для больных бронхиальной астмой, эпилепсией, параноидной шизофренией, аффективными расстройствами и онкологические больные.

Необходимо отметить, что данные программы позволяют не только акцентировать усилия врачей на лечение больных на амбулаторном уровне, но также способствуют назначению ЛС в соответствии с рекомендациями КР/КП, поскольку в Перечни ЛС по данным программам, включаются только те ЛС, которые рекомендованы для медикаментозного лечения в соответствии с КР/КП и использования на ПМСП.

В рамках данных программ врач выписывает рецепты в пределах выделенных финансовых средств на год (квартал, месяц) на ПМСП и в разрезе ГСВ.

Есть определённые ограничения норм выписывания ЛС по данным льготным программам.

Лекарственная программа для льготной категории граждан (ЛППГГ) определяют нормы отпуска ЛС для каждого наименования.

ДП ОМС также имеет ограничения по некоторым ЛС: например, выписывание Метформина и тест-полосок больным сахарным диабетом. Тест полоски для измерения уровня сахара в крови: каждому пациенту до 18 лет разрешено выписывать 2000 тест-полосок и взрослым свыше 18 лет - 500 тест-полосок в год. Метформин разрешено выписывать не более 1500 мг в сутки, это примерно 600 табл. в год на одного пациента.

В течение последних 2 лет обе программы льготного лекарственного обеспечения полностью

⁷ <https://med.kg/prikazy>

⁸ https://www.pharm.kg/ru/live_important/

переведены в электронный формат, врачи выписывают электронный рецепт, пациенты могут приобрести лекарственные препараты в любой частной аптеке, работающей по договору с ТУФОМС.

Приобретая лекарство в аптеке по рецептам, пациент оплачивает разницу между розничной стоимостью лекарства и суммой возмещения, указанной в специальном Справочнике⁹.

Необходимо отметить, что с 2018 года в КР проводилась работа по внедрению механизмов регулирования цен на лекарственные средства. С 2019 по 2022 год в качестве пилотного проекта вводилось регулирование цен на лекарственные средства, подлежащие возмещению по ДП ОМС и на лекарственные средства, применяемые в лечении коронавирусной инфекции. С учетом извлеченных уроков и анализа результатов пилотного проекта разработаны постоянные правила регулирования цен, которые распространяются на все лекарственные средства из ПЖВЛС и утверждены постановлением Кабинета Министров КР от 31 мая 2023 года №292¹⁰. Данная методика предполагает установление предельных оптовых и розничных надбавок на зарегистрированные цены лекарственных средств.

В 2023 году проведено исследование по изучению цен на ЛС после введения механизмов регулирования цен, однако результаты пока не опубликованы.

3.2. Структура сети ПМСП

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется приписанному населению в ФАПах, ГСВ, центрах семейной медицины (ЦСМ) и центрах общей врачебной практики (ЦОВП).

Проводимые реформы в последние десятилетия были направлены на разделения услуг первичной и стационарной помощи и укрепление услуг, предоставляемых на ПМСП. Первоначально созданная сеть ЦСМ состояла из более 80 ЦСМ, постепенно некоторые ЦСМ, где население было менее 100 тыс. человек стали объединять в ЦОВП и последние структурные изменения в 2021 году коснулись всех районных ЦСМ и ТБ, когда они были объединены в ЦОВП.

Причинами этих изменений были нерациональное использование кадровых, финансовых и материальных ресурсов в небольших медицинских учреждениях районного уровня и дублирование, неполное использование лабораторно-диагностического оборудования.

Целью проведенного объединения ставилась рационализация имеющихся в наличии ресурсов посредством консолидации бухгалтерского учета, персонала, лабораторных служб, государственных закупок и анализа, представления данных и достижения ощутимых результатов как с финансовой точки зрения, так и с точки зрения повышения качества предоставляемых медицинских услуг.

Однако, некоторые ЦОВП продолжают иметь специализированные амбулаторные подразделения - консультативно- диагностическое отделение (КДО) при ПМСП и амбулаторно - диагностическое отделение (АДО) и при стационаре, которые часто выполняют дублирующие функции. В составе ЦОВП консультации узких специалистов и диагностические исследования в амбулаторных условиях предоставляются как в КДО при ЦСМ, так и в амбулаторно- диагностическом отделении (АДО) при стационаре. Специализированные услуги в этих разных подразделениях часто дублируются, невозможно их полностью обеспечить нужными кадрами и оборудованием. К примеру, пациенты

⁹ <https://foms.kg/spavochniki/>

¹⁰ <https://cbd.minjust.gov.kg/160215/edition/1259084/ru>

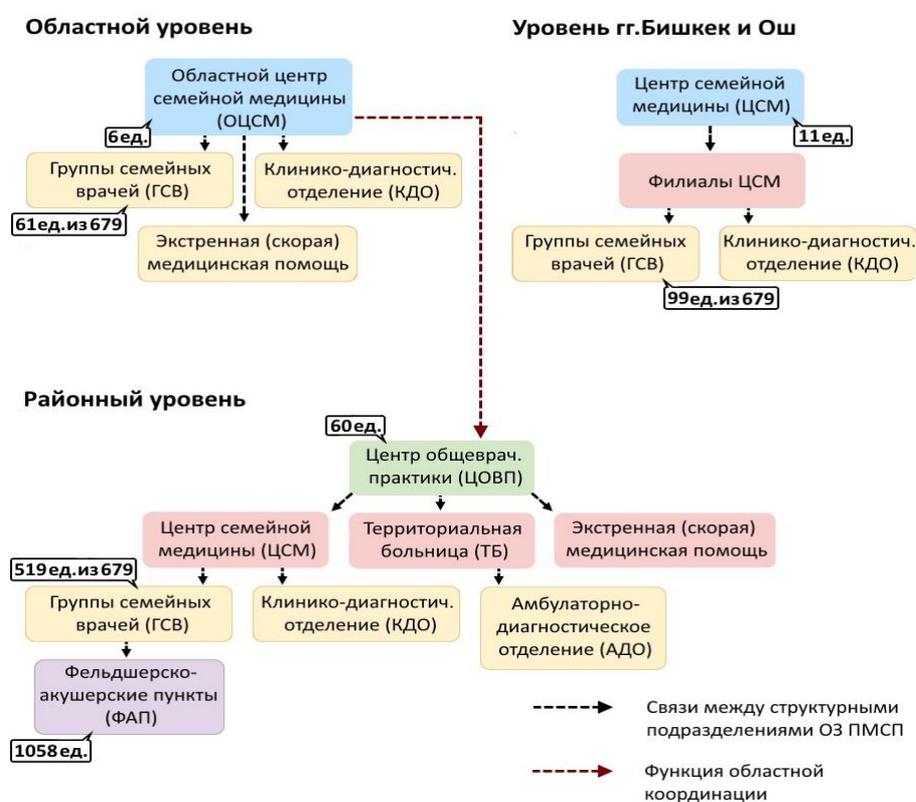
имеют возможность обращаться за консультациями узких специалистов как в КДО при ЦСМ, так и в АДО при территориальных стационарах, услуги которых являются практически одинаковыми.

Кроме того, в начале 2022 года в Бишкеке реформировали объединенные центры семейной медицины, объединив их в ЦСМ с филиалами. Реформу по оптимизации центров семейной медицины в Бишкеке проводили в 2018 году, тогда 19 ЦСМ объединили в 4 районных объединенных центра семейной медицины (ОЦСМ). Целью этой реформы была также оптимизация имеющихся ресурсов: укрупнение и объединений бухгалтерий, кадровой, лабораторной службы, секторов государственных закупок, отделов сбора статистических и аналитических данных и отчетов. Предполагалось сократить численность административно-управленческого и административно-хозяйственного персоналов, что позволило бы сэкономить 10,5 миллиона сомов в год, однако, экономия составила в реальности около 3 миллионов сомов. Исходя из этого, были сделаны выводы, что проведенная оптимизация не достигла своих целей и новая структура ПМСП в г. Бишкек теперь состоит из 10 ЦСМ, а остальные 9 стали их филиалами.

Таким образом, по состоянию на январь 2023г. в республике функционирует 17 центров семейной медицины (шесть областных и 11 ЦСМ в Бишкеке и Оше), 60 центров общей практики (ЦОВП в районах). В составе ЦСМ и ЦОВП функционирует 679 ГСВ. ФАПы включены в состав ГСВ, их количество составляет 1058. Необходимо отметить, что городской ЦСМ в г. Ош выполняет функции также функции областной координации.

Кроме того, согласно нормам ПГГ в реализации прав граждан на получение медико- санитарной помощи могут участвовать организации здравоохранения независимо от форм собственности. Однако, услуги ПМСП в рамках ПГГ предоставляются только государственными организациями, услуги в частных медицинских центрах предоставляются на платной основе.

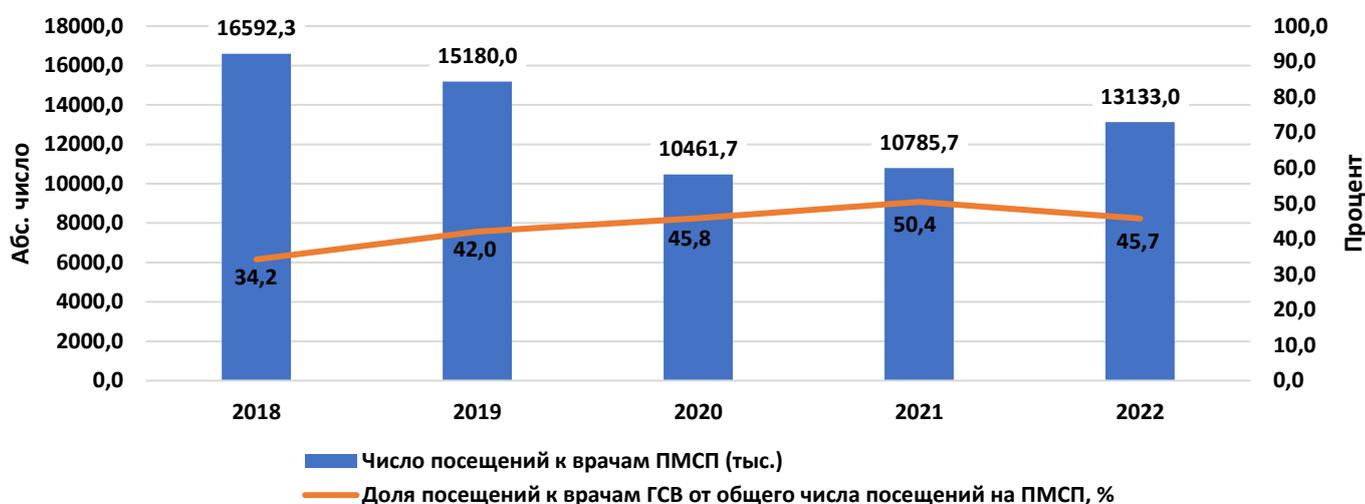
Рисунок 1. Организационная структура ПМСП



3.3. Обращение за услугами ПМСП

За период с 2018 по 2021 год отмечалось значительное снижение использования медицинских услуг на уровне ПМСП по КР. Так, число посещений амбулаторных больных снизилось с 16,6 млн. в 2018 году до 10,8 млн. посещений в 2021 году, то есть на 46%. По итогам 2022 года отмечается повышение уровня посещений на ПМСП и составило около 13 млн.133 тыс. посещений, из них число посещений к врачам ГСВ (семейным врачам) составило около 46% от общего числа посещений на ПМСП. Остальные посещения были к узким специалистам, которые практически всегда выше посещений к врачам ГСВ. Так в 2022 году доля посещений к узким специалистам составила соответственно 54,3%. (Рисунок 2).

Рисунок 2. Общее число посещений к врачам ПМСП и доля посещений к врачам ГСВ, КР, 2018-2022гг. (абс. число, %)

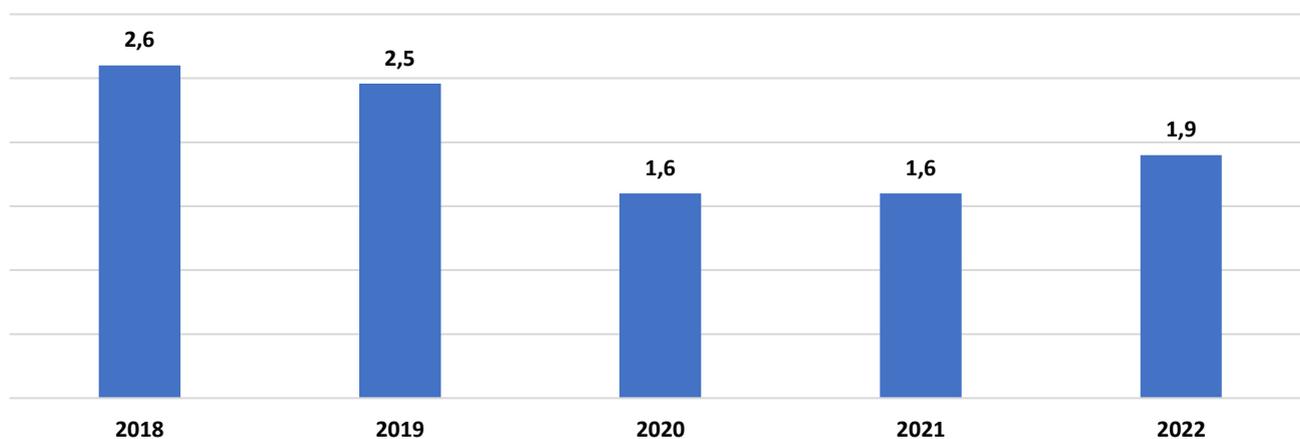


Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Среднее число посещений на уровень ПМСП на одного жителя в год в 2022г. соответственно составило 1,9, что ниже уровня 2018г. на 26,9%.

При этом, следует отметить, что из общего числа посещений на уровень ПМСП только 39% составляют посещения по поводу заболеваний и 61% - это посещения по поводу профилактических визитов.

Рисунок 3. Число посещений к врачам ПМСП на одного жителя, КР, 2018-2022гг.



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

3.4. Доступность услуг и маршрут пациентов

Для получения услуг ПМСП населению необходимо приписаться к ГСВ в соответствии с «Правилами приписки населения Кыргызской Республики к группам семейных врачей»¹¹.

Утвержденные Приказом МЗКР¹² виды диагностических медицинских услуг, предоставляемые на ПМСП определены для специалистов семейной медицины, отдельно для семейных врачей и медицинских сестёр и включают:

- услуги при заболеваниях, которые включают сбор анамнеза, клинический осмотр пациента, лабораторно-диагностическое обследование, постановку диагноза, оказание медицинской помощи.

- услуги первичной профилактики, включают систему мер по предупреждению возникновения заболеваний, информирование, обучение и консультирование пациентов специалистами семейной медицины

- дородовое и послеродовое наблюдение женщин, включает в себя комплекс мероприятий по наблюдению за течением беременности и предупреждению осложнений; данные услуги предоставляются женщинам в период беременности и в послеродовом периоде до 42 дней при физиологических родах, при осложненных родах до 56 дней.

- услуги по планированию семьи, включают мероприятия первичной профилактики и сохранение репродуктивного здоровья населения, консультирование пациентов, в том числе подростков охватывает вопросы по предупреждению нежелательной беременности и т.д.

- паллиативная медицинская помощь, включает оценку и купирование боли и других физических симптомов, обучение родственников навыкам ухода за больными.

Также данным Приказом МЗКР определен перечень оснащения медицинским оборудованием, в том числе лабораторно-диагностическим, организаций здравоохранения первичной медико-санитарной помощи, отдельно для ФАП и ГСВ.

Пациенты могут получать вышеуказанные услуги на всех уровнях ПМСП – ФАП, ГСВ, ЦСМ/ЦОВП в зависимости от оснащения и наличия специалистов.

Начинается путь пациентов для получения услуг ПМСП предварительной записью. Пациентам предлагается несколько вариантов: онлайн через мобильное приложение, по телефону или непосредственно в регистратуре ПМСП.

Правила онлайн записи внедрены в соответствии с Приказом МЗКР от 29.09 2023 1170 «О некоторых вопросах, связанных с информационными системами Министерства здравоохранения КР».¹³

В течение 2023 года был обновлен сервис онлайн-записи к врачу. Модернизированный сервис дает возможность записываться онлайн к семейным врачам всех организаций здравоохранения первичного уровня (ЦСМ, ГСВ), а также доступна запись к узким специалистам. Запись онлайн

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 26 июня 2013 года № 358 и Фонда обязательного медицинского страхования при Правительстве Кыргызской Республики от 26 июня 2013 года № 126 «Об утверждении Правил приписки населения Кыргызской Республики к группам семейных врачей»

¹² Приказ № 1208 от 30.12.2017 г. «Базовый пакет услуг первичной медико-санитарной помощи, предоставляемых специалистами семейной медицины».

¹³ <https://med.kg/prikazy>

доступна несколькими способами: через сайт единого портала цифрового здравоохранения i.med.kg, через мобильное приложение Tunduk и мобильное приложение MegaPay.

В данных приложениях надо выбрать вкладку «Онлайн-запись на прием к врачу», ввести ПИН и номер телефона. После подтверждения данных система автоматически отобразит информацию о человеке (ПИН, организацию здравоохранения, к которой приписан, статус застрахованности). Далее нужно выбрать необходимого специалиста, удобную дату и время. После регистрации необходимо сохранить информационный документ и предъявить его медицинскому регистратору и/или врачу в день приема.

ФАП:

На уровне ФАП работают только семейные медсестры, которые являются небольшими ОЗ, расположенными отдельно от ГСВ, ЦСМ/ЦОВП, зачастую в отдаленных или малонаселенных селах.

Услуги в ФАП ограничиваются только некоторыми базовыми мероприятиями: наблюдения за беременными и новорожденными, иммунизация и санитарное просвещение. Поскольку ФАПы включены в состав ГСВ, то в некоторых районах врач ГСВ, на территории которой расположен ФАП посещает его и принимает пациентов по заранее установленному графику (Тонский район, Иссык-Кульской области). В других регионах пациенты, прикрепленные к ФАП, самостоятельно посещают семейного врача в ГСВ для консультации.

На уровне ФАП не проводится никаких лабораторно-диагностических исследований, пациенту необходимо добираться до ГСВ, где проводится забор на клинические лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи).

На уровне ФАП семейным медсестрам разрешено выписывать рецепты на льготные лекарственные средства беременным женщинам, остальным пациентам выписывание льготных лекарств проводит только семейный врач ГСВ.

Для получения дополнительных необходимых лабораторных и диагностических исследований (биохимические, микробиологические исследования, УЗИ диагностика, рентгенография, ЭКГ) пациенты обращаются в районные центры/города, где расположены ЦСМ/ЦОВП.

В регионах расстояние от ФАП и ГСВ до ЦОВП/ЦСМ составляет от 30 до 80 км, при этом отсутствует регулярный общественный транспорт, поэтому пациентам для получения необходимых услуг, которые не проводятся на ФАП приходится преодолевать большие расстояния до ЦОВП/ЦСМ.

В связи с этим, часто пациентам приходится получать необходимые услуги в населенных пунктах, к которым они не приписаны, но находятся ближе. При этом, согласно нормам ПГГ пациенты на практике могут получить бесплатные консультации только у специалистов ЦСМ, к которой они приписаны, а как не приписанные, они вынуждены оплачивать все консультации и услуги по установленному Прейскуранту цен. Например, в Тонском районе, село Оттук (ФАП) - чтобы пациенту попасть в областной ЦСМ необходимо преодолеть расстояние более 300 км (3,5 часа езды на автомобиле), в связи с этим, пациенты для консультации узких специалистов часто обращаются город Балыкчи, расположенного ближе, на расстоянии 25 км.

ГСВ:

На уровне ГСВ, в том числе, в отдаленных селах, где есть семейный врач, оказывается весь спектр базовых услуг, наблюдение и ведение пациентов, проведение клинических анализов (общий анализ крови и мочи), выписывание льготных рецептов в рамках ПГГ, направления на

госпитализацию, оказание первой неотложной помощи, посещения на дому и др. Количество семейных врачей и медицинских сестер в ГСВ определяется в зависимости от количества приписанного населения, установленных в соответствии с установленными штатными нормативов в системе ПМСП (см. информацию ниже в разделе 3.6. «Специалисты, оказывающие услуги на ПМСП»).

Во всех ГСВ имеется доврачебный кабинет, где семейная медицинская сестра проводит отдельный прием и выставление сестринского диагноза. Медсестра проводит все антропометрические измерения, забор клинических анализов, снимает ЭКГ (при наличии), вакцинирует, посещает пациентов на дому.

В некоторых ГСВ, где нет семейного врача, наблюдения за пациентами проводит семейная медицинская сестра, которой разрешено выписывать льготные рецепты для беременных женщин. Для получения консультации семейного врача, назначения медикаментозного лечения, проведения дополнительных диагностических исследований пациент направляется в ЦСМ/ЦОВП.

О роли и функциях семейной медсестры на уровне ПМСП см. ниже.

ЦСМ/ЦОВП

При обращении пациента в ГСВ, которое расположено на территории ЦСМ/ЦОВП проводится тот же спектр услуг, как и в отдельных ГСВ. В доврачебном кабинете, также проводится сестринский осмотр, антропометрические измерения (вес, рост, расчет ИМТ, уровень артериального давления и др.), оформление медицинской документации.

После доврачебного кабинета пациент направляется на консультацию к семейному врачу. Семейный врач проводит осмотр пациента, оценку результатов диагностических исследований, назначение и корректировку медикаментозного лечения, выписывание рецептов на льготные лекарственные средства. Следует отметить, что только семейный врач ГСВ может выписывать льготные рецепты на лекарства, это было сделано с той целью, чтобы пациенты обращались преимущественно к семейным врачам.

Во всех ЦСМ/ЦОВП имеются отдельные подразделения, выполняющие клинико-диагностические исследования - КДО, которые включают лабораторную и инструментальную диагностику, консультации узких специалистов. При необходимости семейные врачи должны направлять пациентов в КДО при ЦСМ/ЦОВП на консультацию к узким специалистам.

Необходимо отметить, что пациенты могут самостоятельно, минуя семейного врача, обращаться к узким специалистам ПМСП, несмотря на то, что узкие специалисты должны принимать только по направлению семейного врача. Пациенты также могут напрямую обращаться за консультацией к узким специалистам АДО стационара.

Лаборатории КДО при ЦСМ/ЦОВП проводят клиническую, биохимическую лабораторную диагностику, инструментальную диагностику (рентгенография, УЗИ, ЭКГ). Однако некоторые базовые исследования не проводятся на уровне ЦСМ/ЦОВП, поэтому пациенты направляются в другие диагностические лаборатории системы здравоохранения (АДО стационара, лаборатории службы санэпиднадзора, СПИД центры, центры крови и др.) или в частные лаборатории, которые чаще всего расположены недалеко от организаций здравоохранения.

Особенности организации услуг узких специалистов см. ниже.

При острых и неотложных состояниях пациенты могут обратиться в ГСВ или позвонить в

регистратуру ЦСМ/ЦОВП для вызова скорой помощи на дом. Пациенты также могут самостоятельно обратиться в отделения экстренной медицинской помощи и получить услуги краткосрочного/однодневного пребывания ЦОВП.

В соответствии с установленными требованиями, только семейный врач может официально направить на госпитализацию в стационар по показаниям в соответствии КР/КП. Несмотря на это пациенты могут самостоятельно госпитализироваться в стационары разного уровня начиная от районного до национального.

Также на уровне ЦСМ/ЦОВП имеются кабинеты укрепления здоровья, которые чаще проводят плановые профилактические мероприятия и в основном ориентированы на организацию массовых мероприятий (дни здоровья, акции и др.) по вопросам здравоохранения.

Регулярную профилактическую работу по выявлению, работе с населением должны вести семейные врачи во время приема и семейные медсестры. Однако, в посещенных организациях семейные врачи отметили, что проведение профилактических мероприятий, обучение пациентов, скрининг целевых групп имеет больше формальный характер.

Частные медицинские центры

Пациенты очень часто предпочитают использование услуг в частных амбулаторных центрах. Амбулаторная помощь в частных медицинских центрах предоставляется довольно широкой сетью частных медицинских организаций, большинство из которых сосредоточено в больших городах и районных центрах. При этом, интегрированного взаимодействия частных центров с ЦОВП/ЦСМ или другими государственными организациями нет. Частные амбулаторные медицинские услуги и диагностические исследования не охвачены пакетом услуг в рамках ПГГ и проводятся на платной основе.

Порядок направления пациентов с уровня ПМСП на вторичный уровень (стационар)

Порядок направления и перенаправления пациентов в КДО на ПМСП, а также между ОЗ для проведения обследований, консультаций и/или госпитализаций, перечень обязательных лабораторных и инструментальных исследований для плановой госпитализации в стационары определен Приказом МЗКР¹⁴.

Данным Приказом утвержден Порядок направления пациентов от семейного врача на консультацию к специалистам узкого профиля на ПМСП. Согласно этого порядка пациенты могут получать консультацию узкого специалиста только по направлению семейного врача.

Также только семейные врачи могут направлять пациентов с ПМСП на вторичный уровень для консультаций. Основания для направления на консультацию в АДО вторичного уровня:

- установление/ уточнение диагноза в случаях, превышающих компетенции семейного врача;
- отсутствие профильного узкого специалиста на ПМСП;
- отсутствие возможности для диагностики заболевания на уровне ПМСП.

На плановую госпитализацию в стационары пациенты также направляются семейным врачом по следующим критериям:

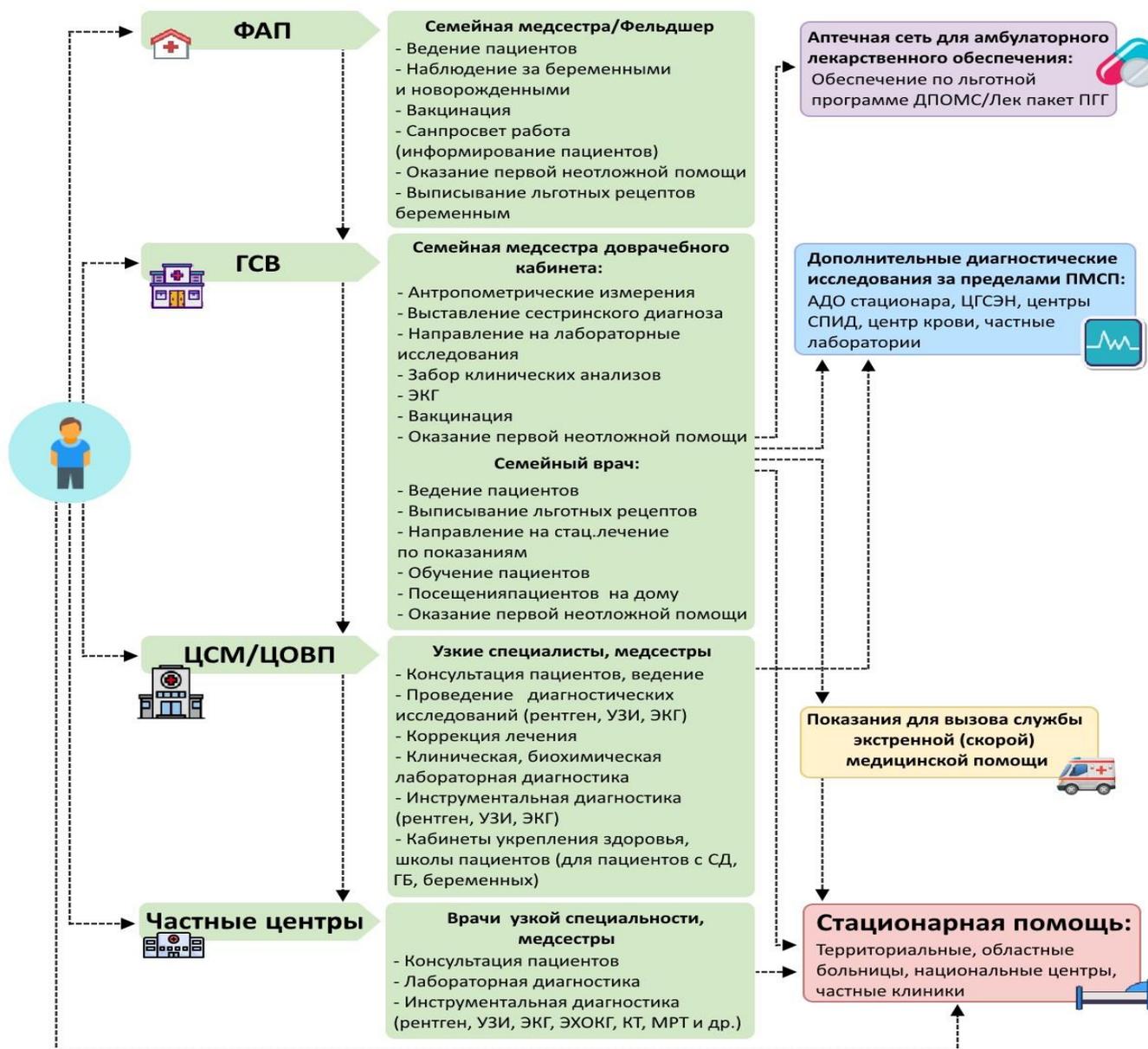
¹⁴ 4.09.2020г. № 689 «Об оптимизации порядка направления пациентов с уровня первичной медико-санитарной помощи на вторичный и третичный уровни системы здравоохранения»

- наличие заболевания у пациента, требующего оказания специализированно медицинской помощи в условиях стационара согласно КР/КП;
- с целью уточнения диагноза или стадии заболевания, которые невозможно установить на уровне ПМСП
- изоляция по эпидемическим показаниям;
- необходимость проведения различных видов экспертиз.

При направлении на госпитализацию семейный врач обеспечивает проведение лабораторных и инструментальных исследований на ПМСП. Данный порядок также дает право направления на госпитализацию узкими специалистами в исключительных случаях, при этом сами исключительные случаи не определены конкретно.

Подводя итог, можно сказать, что в зависимости от того, где живет пациент и куда он приписан, доступные услуги сильно различаются. Людям, живущим в отдаленных районах, возможно, приходится преодолевать большие расстояния, чтобы получить необходимые им услуги. Не проводится мониторинг и не обеспечивается соответствие стандартам, регламентирующим предоставление услуг ПМСП и услуг, включенных в ПГГ, а также требованиям к медицинскому оборудованию.

Рисунок 4. Пути пациента при получении услуг ПМСП



3.5. Доступность лабораторно-диагностических услуг на ПМСП

Лабораторно-диагностические услуги на ПМСП оказываются бесплатно для всех приписанных и застрахованных граждан при наличии направления врача ПМСП (семейный врач, узкий специалист), согласно перечня услуг, определенных в ПГГ. Ограничений и норм на проведение лабораторных исследований в рамках ПГГ официально не существует. Однако, организации ПМСП не в полной мере осуществляют лабораторно-диагностические услуги согласно нормам ПГГ, а также не полностью согласованы с утверждёнными клиническими протоколами:

- из 11 базовых лабораторных и диагностических исследований, предоставляемых в рамках ПГГ один тест не доступен на уровне ПМСП (определение сахара в моче);
- анализ мочи на бактериурию женщинам в первом триместре беременности проводится только по договору в лабораториях службы санитарно-эпидемиологического надзора, но не всегда проводится бесплатно. Ограниченное количество ПМСП имели договор на бесплатное проведение данных анализов, *несмотря на нормы ПГГ «при высокой очередности или отсутствии в ЦСМ*

соответствующих специалистов и/или отдельных видов лабораторных и диагностических исследований пациенты могут направляться семейным врачом в другую организацию здравоохранения и данные услуги должны предоставляться бесплатно и оплату должен произвести ЦСМ на основе заключенного договора»;

- общий анализ крови проводится без уточнения количества параметров. Например, в базовом пакете исследований по ПГГ включен общий анализ крови без уточнения количества параметров (3 или 6 параметров). Во время фокус-групповых дискуссий врачи отметили, что для соответствующей диагностики нужно обязательно проводить исследование крови всех 6 параметров (развернутый общий анализ крови с лейкоформулой). Из-за того, что лаборатории ПМСП не проводят развернутый анализ крови, врачи вынуждены направлять пациентов в частные лаборатории, где за этот анализ пациенты оплачивают из- кармана;

- анализ на определение гликированного гемоглобина в крови пациентам с сахарным диабетом в соответствии с ПГГ проводится бесплатно только 1 раз в год, в то время как клиническим протоколом предусматривается проведение 4-х анализов в год.

Доступность лабораторно-диагностических исследований на разных уровнях ПМСП смотрите в Приложении 2.

Руководители посещенных ОЗ отметили о проблемах с закупками необходимых реактивов и расходных материалов. ОЗ часто не могут своевременно закупить реактивы, из-за установленных тендерных процедур. Тендер часто не состоится из-за отсутствия участия поставщиков. В связи с этим бывают перерывы в проведении анализов от недели до 2 месяцев (особенно биохимические анализы). В таких случаях врачи ограничивают выписывание некоторых исследований, назначают только в экстренных и неотложных ситуациях, либо направляют в частные лаборатории.

Пациенты также отметили о высокой очередности в лабораториях ПМСП, так как забор осуществляется в утреннее время только в течение одного часа (обычно с 7.30 до 8.30). Некоторые пациенты вынуждены приезжать по несколько раз в районных ЦОВП, чтобы сдать анализы, при этом преодолевая расстояние более 50 км. (Узгенский ЦОВП). Это также является частой причиной обращения в частные лаборатории.

Кроме того, очень частая практика проведения диагностических исследований в частных лабораториях, которая обусловлена часто недоверием населения и врачей результатам диагностики на ПМСП. Как считают пациенты и врачи из-за устаревшего оборудования или «недостаточного» качества лабораторных исследований. Например, услуги по УЗИ диагностике: практически во всех ЦСМ имеются УЗИ аппараты, но врачами в посещенных ОЗ было отмечено, что эти аппараты старые и не соответствуют требованиям современной диагностики (наличие доплера и других составляющих).

3.6. Специалисты, оказывающие услуги на ПМСП

Специалисты ГСВ и ФАП

В состав команды ГСВ входят семейный врач и семейные медсестры, на уровне ФАП работают только семейные медсестры.

Нормативами для ГСВ установлена 1,0 ставка семейного врача на 1700 человек приписанного населения и 1,0 ставка семейной медсестры на 1000 человек, для ФАПов - 1,0 ставка медицинской

сестры на каждые 700 человек¹⁵.

В октябре 2023 года установлены отдельные штатные нормативы для ЦСМ г. Бишкек¹⁶. Нормы нагрузки для семейных врачей увеличены до 2000 человек приписанного населения на 1 ставку и для семейной медсестры также – 1000 человек приписанного населения.

В феврале 2024 года МЗ утверждены новые нормативы штатов медицинского и немедицинского персонала для ЦОВП, областных ЦСМ и отдельно для ЦСМ г. Ош. Согласно новым нормативам 1,0 ставка на 1700 населения для семейных врачей сохранилась, изменились нормативы для семейных медсестер, 1,0 ставка на 850 приписанного населения для ГСВ и 1,0 ставка на 500 приписанного населения для ФАП¹⁷.

В настоящее время продолжает сохраняться дефицит семейных врачей, не только в регионах, но и городах. В настоящее время доля семейных врачей на уровне ПМСП, от общего количества врачей составляет менее половины - 43% от общего количества врачей на ПМСП.

Семейные врачи отмечают о высокой нагрузке из-за недостатка врачей, поэтому они сфокусированы в основном на оказание услуг по обращаемости пациентов по заболеваемости и острым состояниям, недостаточно внимание уделяется профилактическим и образовательным мероприятиям. Из-за этого большинство семейных врачей работают на 1,5 ставки и обслуживают большее количество населения от 2,5-3 тыс. населения. Например, в отдельных ГСВ фактически 1 семейный врач обслуживает участок с численностью населения до 8 тыс., который по сути должны обслуживать 3 врача (Алайский р-н).

Выдержки из интервью семейного врача, Тонский р-н, Иссык-Кульская область: «Мне 67 лет, я работаю более 20 лет семейным врачом, молодые врачи не приезжают работать, я с 9 до 18.00 нахожусь на работе, в день иногда принимаю 20-25 пациентов, когда мне заниматься выявлением хронических больных и профилактикой, еще и обучать его? Я едва успеваю принимать тех пациентов, которые сами обращаются».

Действующий график работы семейного врача на 1,0 ставку предусматривает 4 часа на приеме и 2,5 часа на вызовах. С учетом этого, норма нагрузки семейных врачей в месяц составляет 205 пациентов на приеме и 135 посещенных вызовов на дому, что предполагает прием за смену в ГСВ (за 4 часа) 10 -12 пациентов.

Заработная плата исчисляется с учетом выполнения нормы рабочего времени, при этом оценка количества визитов или нормы нагрузки не дополняется изучением оценки их вклада в улучшение качества оказываемых услуг населению.

Дополнительно к заработной плате врачи получают ежемесячную оплату, как финансовые стимулы, в виде коэффициента трудового участия (КТУ). Имеются критерии для начисления КТУ (от 8-15 показателей), однако эти критерии без соответствующего системного подхода к мотивации за достижение качественных результатов и зачастую формальные.

Например, врач получает дополнительную оплату (КТУ) если выполнил 205 посещений на приеме и 135 вызовов на дому в месяц, однако не оцениваются результаты и исходы лечения, показатели

¹⁵ Приказ МЗ КР от 01.02.2019 года №52 «Об утверждении штатных нормативов медицинского и немедицинского персонала в системе первичной медико-санитарной помощи Кыргызской Республики»

¹⁶ Приказ МЗКР №1263 от 25.10.2023 «Об утверждении рекомендуемых типовых штатов медицинского и немедицинского персонала для ЦСМ г. Бишкек»

¹⁷ <http://assd.med.kg/informacionnye-resursy/npa-prikazy/>

заболеваемости и осложнений и др.

Во время фокус-групповых дискуссий врачи отметили, что посещение пациентов на дому осуществляется только в том случае, если был вызов со стороны пациентов при заболевании или осложнении. Поэтому выполнение нормы нагрузки, как 135 посещений пациентов на дому ежемесячно невозможно для врачей, поэтому этот показатель деятельности врачей формальный и учитывается только при начислении КТУ.

В настоящее время на уровне ПМСП для оценки качества выполняемой работы семейных врачей и медицинских сестер внедрена оценочная карта, которая отслеживается ТУ ФОМС.

Контроль исполнения норм оценочной карты проводится регулярно комитетами качества каждой организации. ТУФОМС должны проводить верификацию данных каждые 6 месяцев. Врачи отметили, исполнение оценочных карт не подкреплено дополнительными финансовыми выплатами, поэтому, по их мнению, не оказывают соответствующего влияния на повышение качества и повышение их мотивации.

Кроме того, семейные врачи и семейные медицинские сестры отметили, что загружены большим объемом бумажной и отчетной работы. В настоящее время специалисты ведут одновременно три формы учета больных: сохраняется ведение бумажной амбулаторной карты, заполняется электронный КИФ и амбулаторная карта пациента. Ситуация усугубляется недостатком компьютерной техники, часто один компьютер на двух, трех врачей. После приема врачи вынуждены искать свободный компьютер или занимать компьютер во время приема другого семейного врача, чтобы зарегистрировать в информационной системе посещения пациентов. Кроме того, отмечалось о плохом интернет соединении, поэтому программы по заполнению амбулаторной карты и выписыванию рецептов занимает много дополнительного времени.

Таким образом, действующая система мотивации медицинских работников ПМСП осуществляется в основном только за счет КТУ, которая формируется из экономии средств за счет вакантных/незанятых мест. Руководители организаций вынуждены сохранять свободные ставки, чтобы использовать денежный инструмент мотивации через КТУ для повышения заработной платы имеющихся сотрудников. При этом сотрудники несут двойные нагрузки и сфокусированы в основном на приеме пациентов, нежели на плановой профилактической работе.

Особенности организации работы узких специалистов

Узкими специалистами, работающими на ПМСП могут быть кардиологи, хирурги, отоларингологи, офтальмологи, эндокринологи, невропатологи и др. Виды и количество должностей узких специалистов в клинко-диагностическом отделении (КДО) при ПМСП определяется также исходя из количества приписанного населения.

Согласно новым принятым нормативам КДО ЦОВП установлены новые нормативы. Например, врач педиатр, 1,0 должность на 5000 приписанного детского населения, хирург, офтальмолог, отоларинголог, невролог, кардиолог, уролог, онколог, эндокринолог – 1,0 должность на 30000 приписанного населения, акушер-гинеколог 1,0 должность на 10000 приписанного населения и т.д.¹⁸

Несмотря на то, что Министерство здравоохранения установило определенные стандарты объема

¹⁸ <http://assd.med.kg/informacionnye-resursy/npa-prikazy/>

услуг для узких специалистов в КДО при ПМСП и в амбулаторно- диагностическом отделении (АДО) при стационаре, существуют некоторые различия в объемах их услуг, а также дублирование некоторых функций в зависимости от уровня и расположения организации.

К примеру, городские ЦСМ (гг. Бишкек, Ош) и областные ЦСМ имеют более укомплектованный штат узкими специалистами, чем районные ЦОВП, поэтому оказывают больший объем лабораторных и диагностических услуг.

Районные ЦОВП/ЦСМ недостаточно укомплектованы узкими специалистами и оснащены лечебно-диагностическим и лабораторным оборудованием, поэтому отсутствующие услуги на ПМСП, пациенты вынуждены получать на уровне АДО стационара или областном ЦСМ и АДО стационара.

При этом, следует отметить, что услуги узких специалистов различаются в зависимости от навыков и компетенций, а также наличия диагностического оборудования: в одних ЦСМ/ЦОВП врачи узких специальностей могут выполнять хирургические вмешательства и другие необходимые манипуляции, тогда как в других только консультируют больных и направляют в АДО стационара.

При этом, на уровне ПМСП многие узкие специалисты не только выполняют роль консультирования, а также постоянно ведут наблюдения за некоторыми больными. Например, женщин с гинекологическими заболеваниями, часто также беременных, наблюдает только гинеколог, детей - педиатр, независимо от их состояния. За больными с сахарным диабетом, в том числе инсулинозависимыми, наблюдение и лечение ведут только эндокринологи, в том числе во всех районных ЦОВП, семейные врачи в лечении и оказании помощи не участвуют. При отсутствии эндокринолога пациентов наблюдают эндокринологи в областных ЦСМ. При этом, выдача инсулина проводится только на уровне ЦСМ/ЦОВП.

В г. Бишкек все инсулинозависимые пациенты наблюдаются только на третичном уровне, в эндокринологическом центре при МЗКР и там же получают инсулин. При этом все ЦСМ г. Бишкек имеют в штате эндокринологов, чаще всего более одного.

Выдержки из интервью матери пациента с СД 1 типа: «Моему ребенку 12 лет, я приезжаю из села Куршаб в ЦСМ каждый месяц, хотя у нас есть в селе ЦОВП, но там нет эндокринолога. Я знаю нашего семейного врача, она раньше была терапевтом, лечила взрослых, как она может лечить моего ребенка? Даже во время беременности я не ходила к ней, а ходила к семейному врачу, которая раньше была гинекологом, все беременные женщины у нас в селе ходят только к ней на консультацию и лечение».

В рамках исследования, во время фокус-групповых дискуссий, одной из проблем узкие специалисты, работающие в районных ПМСП, отметили недостаточную квалификацию и отсутствие навыков по сравнению со специалистами, работающими в стационарах, многие из них выполняют только наблюдение, которые могли бы быть делегированы семейным врачам ГСВ. При этом отмечена роль пациентов, которые не желают наблюдаться у семейных врачей и предпочитают обращаться только к узким специалистам.

Выдержки из интервью, директор ЦОВП Тонского р-на: «Несмотря на внедрение семейной медицины, пациенты все равно хотят получать услуги у узких специалистов, они больше доверяют им. В рамках проекта по автономии ОЗ у нас на ПМСП все узкие специалисты были переобучены на семейных врачей. Пациентам это не понравилось и усложнило их жизнь, они едут в соседний г. Балыкчи или Бишкек на консультацию к узким специалистам. У меня была врач эндокринолог, которая была переобучена на семейного врача. Хотя она

несколько лет работала семейным врачом, все наше население знало, что она эндокринолог и шли к ней толпами на прием пациенты с сахарным диабетом, другие больные с эндокринными заболеваниями, поэтому я вынуждена была вновь ввести ставку эндокринолога. Она единственный узкий специалист на первичке, у меня нет хирурга, офтальмолога, невропатолога. Все население идет к ним на консультацию в стационар, там огромные очереди».

С другой стороны, наличие на уровне ПМСП узких специалистов влияет на развитие компетенций у семейных врачей ГСВ. Семейные врачи отмечают недостаточные практические навыки и опыт по ведению пациентов с осложнениями из-за отсутствия соответствующего диагностического оборудования. Например, семейные врачи не могут наблюдать женщин с гинекологическими проблемами, поскольку в кабинетах не имеются гинекологического кресла, отоскопы для диагностики заболеваний уха и контроля лечения, приборы для измерения внутриглазного давления глаза, спирометры - прибор для измерения объема воздуха больных с хроническими заболеваниями легких и другие.

При это, врачи в посещенных ОЗ отмечали об отсутствие достаточной обратной связи между семейными врачами и узкими специалистами ПМСП. Недостаточная связь также между ПМСП и стационарами, даже в условиях ЦОВП, когда они являются его структурными подразделениями, обусловленная отсутствием интеграции информационных систем между ПМСП и стационарами.

Особо следует отметить, что необходимость наличия и особая роль узких специалистов на ПМСП обусловлена привлечении их к проведению диспансеризации и профилактических медосмотров среди населения, а также к проведению медицинского осмотра призывников для военно-врачебных комиссий.

Следует отметить, что в ПГГ отдельно не оговаривает услуги по проведению военно-врачебных комиссий, это проводится в рамках услуг и гарантий для населения, поскольку призывники являются приписанным населением ГСВ.

Роль и функции семейной медицинской сестры

Во всех ПМСП внедрены отдельные доврачебные кабинеты медсестер. Основная цель данных кабинетов направлена на ведение отдельного сестринского приёма, выставление сестринского диагноза, проведение профилактики неинфекционных заболеваний через обучение и регулярное наблюдение пациентов.

Для усиления потенциала медицинских сестер разработаны функциональные обязанности для медсестер с учетом расширения их полномочий (Приказ МЗКР №902 от 27.07 2022г. «Об утверждении должной инструкции семейного врача и медицинской сестры») ¹⁹.

Утвержденные профессиональные компетенции семейных медсестер предусматривает достаточно универсальные функциональные обязанности и позволяют достаточную автономию в ведении беременных женщин, хронических больных, здоровых детей до 5 лет и т.д. Но на практике автономия медсестры внедряется больше в ФАПах и сельских ГСВ, где имеет место нехватка врачей, они ведут самостоятельные приемы пациентов и сами принимают решения по их наблюдению.

В городах Бишкек и Ош самостоятельная сестринская практика пока недостаточно внедрена, в том

¹⁹ <https://assd.med.kg/informacionnye-resursy/npa-prikazy/>

числе из-за недостатка медицинских сестер и большой нагрузки.

Семейные медсестры отметили, что ведут самостоятельный сестринский прием, но недостаточно обеспечены соответствующими условиями и ресурсами, недостаточно приспособлены кабинеты для консультации, не хватает оборудования для обследования и диагностики пациентов.

Кроме того, семейные медсестры отметили о дополнительных нагрузках, связанных припиской населения, страхованием населения, уточнением состава населения для школ, выборов и других целей местных администрации. Семейные медсестры считают, что у них есть возможность вести самостоятельный прием, проводить профилактические мероприятия, обучение пациентов, если будут организованы отдельные кабинеты с соответствующим оснащением и не будет дополнительной нагрузки сверх их обязанностей.

Выдержки из интервью, семейная медсестра, ЦСМ г. Ош: «У нас есть свои функциональные обязанности, но мы не можем выполнять их полностью, потому что нам приходится решать много социальных проблем семьи и пациентов с неблагоприятными категориями населения. ТУФОМС ставят перед нами планы по страхованию пациентов, мы делаем подворовые обходы, но многие не желают покупать страховой полис, за это нас лишают КТУ. Кроме того, перед каждыми выборами руководство ЦСМ нас заставляет уточнять списки населения, также ищем и ведем учет всех школьников и т.д. Это не входит в наши функциональные обязанности, занимает много времени и отвлекает от выполнения прямых обязанностей».

Медсестры также отметили, что не в полной мере внедрены стандартные операционные процедуры (СОПы)²⁰ для специалистов сестринского дела, несмотря на значительный объем функций, которым наделена семейная медсестра. Большинство из 36 разработанных СОПов на республиканском уровне являются манипуляционными (инъекции, измерение АД и т.д.), которые предусматривают базовые сестринские услуги и не отражают сестринские практики по самостоятельному приему пациентов, консультированию пациентов с неинфекционными заболеваниями, оказание профилактических услуг с учетом факторов риска.

Ключевые заметки:

- Программа государственных гарантий (ПГГ) определяет перечень услуг ПМСП, которые разделены по двум пакетам; 1) Бесплатный пакет услуг для всех граждан включает услуги профилактики, диагностики, прием и консультации врача, базовые лабораторные и диагностические исследования по 11 видам при наличии направления от семейного врача и узкого специалиста; 2) Дополнительный пакет, включающий дополнительные лабораторные и диагностические исследования не был конкретно определен в пакете государственных гарантий и определялся исходя из утвержденного Прейскуранта цен на дополнительные исследования.
- Лекарственная программа для льготной категории граждан определяет нормы отпуска ЛС для каждого наименования. ДП ОМС также имеет ограничения, в зависимости от бюджета каждой организации и по некоторым ЛС.
- Обращения на ПМСП за последние годы постоянно снижаются и в 2022 году составили 1,9

²⁰ <https://assd.med.kg/informacionnye-resursy/sopy/>

посещений на одного жителя в год. При этом число посещений к семейным врачам ниже половины, чем к узким специалистам. По итогам 2022 года число посещений к врачам ГСВ (семейным врачам) составило около 46% от общего числа посещений на ПМСП, остальные посещения были к узким специалистам.

- Программа государственных гарантий и Приказ МЗКР о базовых услугах на ПМСП не уточняет и не даёт ясного понимания об услугах, доступных на разных уровнях ПМСП (ФАП, ГСВ, ЦСМ/ЦОВП), что вынуждает население обращаться за некоторыми базовыми услугами за оплату, поскольку услуги, перечисленные в базовом пакете, доступны не на всех уровнях ПМСП. При этом нет механизмов мониторинга и контроля, чтобы гарантировать равный доступ к услугам и их бесплатный характер в соответствии с ПГГ. Например, ФАПы не предоставляют никаких диагностических исследований, отдаленные ГСВ проводят ограниченный перечень услуг (только общий анализ крови и мочи), ЦОВП/ЦСМ предоставляют большую часть базовых услуг, услуги узких специалистов и расширенные лабораторно-диагностические услуги для застрахованных групп населения.
- Различия в объеме оказываемых услуг уровнями ПМСП (ЦСМ/ЦОВП, ГСВ, ФАП) также заставляют пациентов преодолевать довольно большие расстояния между селами до районных или областных центров на частном транспорте или обращаться в близлежащие населенные пункты, к которым не приписаны, при этом оплачивая за услуги.
- Пакет некоторых бесплатных лабораторных услуг недостаточно детализирован или не в полной мере согласован с клиническими протоколами. Ограничение доступа к некоторым базовым лабораторным услугам на ПМСП существует также из-за отсутствия некоторых видов диагностики на ПМСП, поэтому пациенты вынуждены получать их за пределами ПМСП платно, несмотря на имеющиеся нормы ПГГ, когда ПМСП должны заключать договора с другими организациями на выполнение отсутствующих видов лабораторных и диагностических исследований (например, бактериурия беременных, определение гликированного гемоглобина для пациентов с диабетом).
- Пакет услуг ПМСП ориентирован на оказание лечебно-диагностических услуг семейными врачами, но пациенты могут обратиться к узкому специалисту и без направления семейного врача. Поэтому наблюдается высокий уровень самообращения пациентов к узким специалистам, которое зачастую не координируется семейным врачом. При этом функции узких специалистов больше ориентированы на ведение и консультирование пациентов, нежели на диагностику и ведение более сложных и тяжелых пациентов. Например, пациенты с сахарным диабетом чаще всего наблюдаются только у эндокринолога.
- Семейные врачи считают узким местом недостаточные практические навыки дальнейшего ведения пациентов с осложнениями и отсутствие диагностического оборудования (нет гинекологического кресла, отоскопа, стетоскопа и т.д.), что часто является причиной, почему семейные врачи очень часто направляют пациентов к узким специалистам.
- Потенциал семейных медсестер не используется в полной мере, хотя имеются утверждённые профессиональные компетенции и стандарты сестринской практики, которые предусматривают достаточно универсальные функциональные обязанности и позволяют вести самостоятельные наблюдения за некоторыми категориями пациентов. На практике автономия медсестры внедряется больше в ФАПах и сельских ГСВ, где нет

семейного врача.

- Действующая система мотивации медицинских работников ПМСП и размер дополнительной заработной платы недостаточные, нет соответствующей оценки, что не способствует улучшению качества оказываемых услуг населению.

4. Предоставление услуг на ПМСП по отдельным заболеваниям

В данном разделе представлена информация по ведению пациентов по четырём выбранным заболеваниям в ОЗ первичного уровня (гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, сахарный диабет 2 типа и ведение беременности без осложнений). По каждому заболеванию представлена имеющаяся статистика на основе данных ЦЭЗ, рекомендации КР/КП по ведению больных по выбранным заболеваниям и услуги, которые охвачены ПГГ. Кроме того, представлены пути пациентов на разных уровнях ПМСП, где пациенты получают данные услуги.

Следует отметить, что рекомендации КР/КП не включают информацию о том, на каком уровне те или иные услуги должны предоставляться. Эта информация получена во время визитов в рамках настоящего исследования, а также исходя из перечня диагностических медицинских услуг, оказываемых в организациях здравоохранения первичной медико-санитарной помощи специалистами семейной медицины, утвержденного Приказом МЗКР²¹.

4.1. Предоставление услуг по ведению гипертонической болезни

Общее число зарегистрированных случаев заболеваний гипертонической болезнью (ГБ) по Кыргызской Республике в 2022г. составило более 155 тыс. человек. По данным ЦЭЗ распространённость ГБ в 2022 году составила 4,4% среди взрослого населения, при этом следует отметить, что данные ряда исследований показывают распространённость гипертонии в Кыргызстане на уровне более 30%²² для возрастной группы 18 лет и старше. За последние годы в стране проводилось очень много мероприятий, направленных на повышение регистрации лиц с ГБ, однако показатели не улучшаются. За последние пять лет показатели постоянно снижаются, уровень распространённости ГБ²³ в КР снизился на 18,1%.

Уровень заболеваемости ГБ²⁴ также ежегодно снижается. Например, в 2022г. впервые в жизни был зарегистрирован диагноз ГБ у 17,8 тыс. человек, показатель заболеваемости составил 410,4 на 100 000 человек населения в возрасте 18 лет и старше, что по сравнению с 2018г. ниже на 34,5%.

С целью улучшения выявления и регистрации больных с ГБ, показатель по заболеваемости ГБ был включен в перечень индикаторов, на основе которых, с конца 2018 года по 2021 год, проводились стимулирующие выплаты семейным врачам на основе достигнутых результатов.

²¹ Приложение 4 к приказу МЗ КР №1208 от 30 декабря 2017 г. «Об утверждении базового пакета услуг первичной медико-санитарной помощи, предоставляемых специалистами семейной медицины»

²² «Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертонической болезни в Кыргызстане», Документ исследования политики №44; ЦРЗ, ВОЗ, Швейцарский красный крест, Бишкек, 2007г.; <http://hpac.kg/wp-content/uploads/2016/02/PRP44.R.pdf>

²³ Показатель распространённости ГБ рассчитывается как отношение числа всех зарегистрированных случаев ГБ у лиц, которые обратились в отчетном году на уровень ПМСП, к среднегодовой численности населения в возрасте 18 лет и старше, умноженное на 100 000

²⁴ Показатель заболеваемости ГБ рассчитывается как отношение числа впервые в жизни выявленных случаев ГБ к среднегодовой численности населения в возрасте 18 лет и старше, умноженное на 100 000

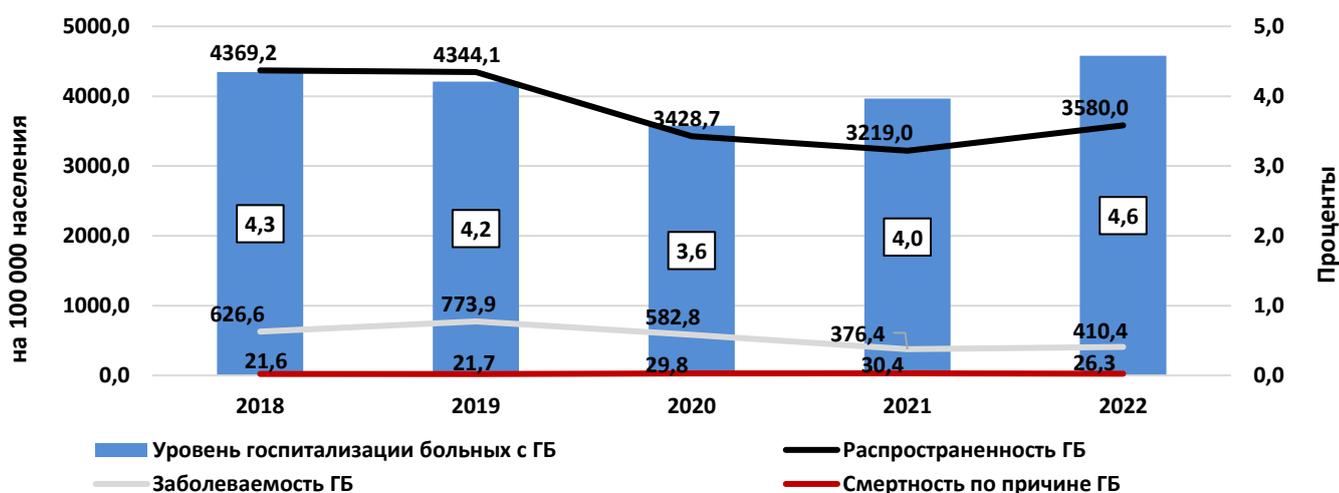
В результате наблюдался рост показателя в 2019 году и снижение в 2020-2021гг. во время карантинных мер в связи с пандемией COVID-19. В 2022г. снова отмечается некоторый рост показателя (+9%), однако, уровень показателя не достиг даже уровня 2020г.

Снижение данного показателя может быть связано (1) с недостаточным качеством заполнения первичной учетной документации; (2) неполным вводом данных в электронную он-лайн базу «Амбулаторный КИФ»; (3) отчасти – с отсутствием мотивации к выявлению новых случаев ГБ (ранее за достижение высокого уровня данного индикатора осуществлялись стимулирующие выплаты, однако, это могло являться также фактором риска на искусственное завышение данных). Поэтому, дальнейшее выявление причин низкой регистрации больных с ГБ требуют дополнительного изучения на уровне ПМСП.

Ежегодно более 7100 больных ГБ получают стационарное лечение. Доля пациентов с ГБ, получающих стационарное лечение, составляет примерно 4% от общего числа всех зарегистрированных на уровне ПМСП случаев ГБ.

Как причина смерти ГБ регистрируется ежегодно у 850 – 1200 умерших, что составляет 22-30 человек на каждые 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше. На фоне снижения уровней распространенности и заболеваемости ГБ отмечается рост уровня смертности на 21,7%.

Рисунок 5. Динамика уровней распространенности, заболеваемости и смертности от ГБ (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше), уровень госпитализации (в % от всех зарегистрированных случаев ГБ), КР, 2018-2022гг.



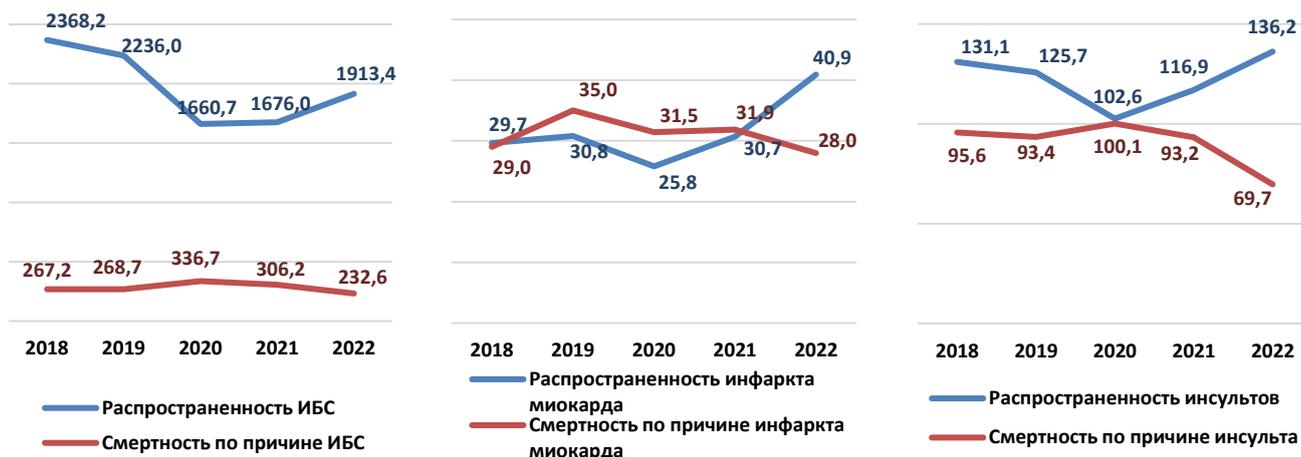
Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

При этом показатели распространённости и смертности от осложнений ГБ постоянно растут. В абсолютном выражении от инфаркта умирает ежегодно 1200 -1400 человек, что сопоставимо с общим числом зарегистрированных случаев инфаркта²⁵.

От 9000 до 9500 пациентов ежегодно госпитализируются по поводу инсультов в стационары и от 3000 до 4100 – умирают от данной причины, что составляет практически 50-70% от числа всех зарегистрированных случаев инсульта. Показатель смертности от всех видов инсультов - 70-100 случаев на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше.

²⁵ На уровне ПМСП регистрируются не только те случаи заболевания, при которых диагноз был поставлен врачами самого ПМСП, но и после стационарного лечения. Все показатели заболеваемости и распространенности заболеваний формируются только с уровня ПМСП

Рисунок 6. Распространенность и смертность от ИБС, инфарктов, инсультов, КР, 2018-2022гг. (на 100 000 населения в возрасте 18 лет и старше)

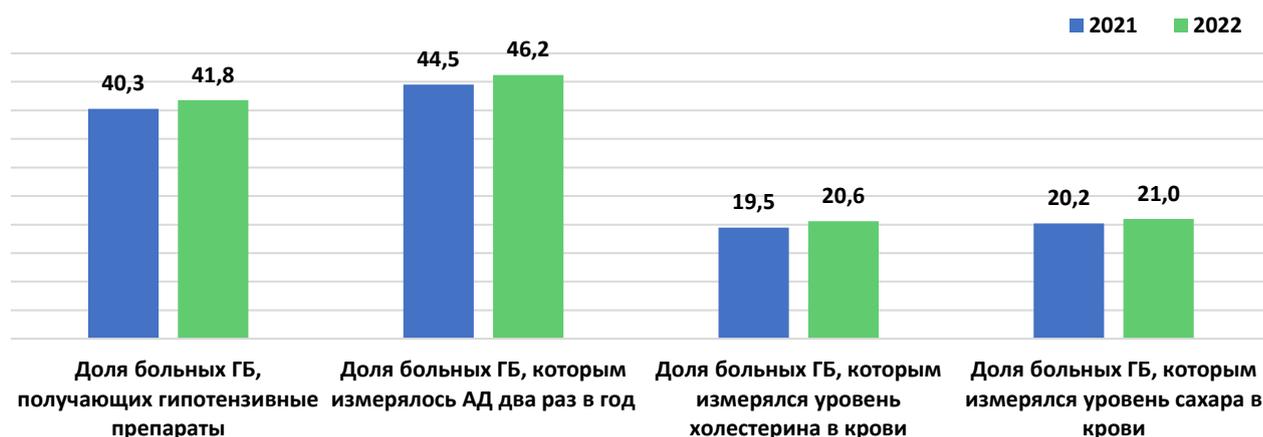


Источник данных: ЦЭЗ при МЗ КР, Национальный статистический комитет КР

Данные по ведению больных с ГБ на ПМСП введены в формы статистической отчетности МЗ КР и собираются ежеквартально ЦЭЗ.

Анализ показателей за 2021-2022гг. показывает, что ведение больных с ГБ недостаточное, так только у 45-46% больных АД измерялось хотя бы два раза в год, уровень холестерина и сахара в крови определялся только у 20-21% пациентов и только 40-42% больных с диагнозом ГБ получают гипотензивные средства²⁶. О низкой приверженности пациентов постоянно принимать гипотензивные препараты также свидетельствуют данные крупномасштабных исследований, проводимых в КР, так, по данным исследования STEPS 2016г. гипотензивные препараты принимают только 39,8% опрошенных пациентов с ГБ.

Рисунок 7. Ведение больных с ГБ, КР, 2021-2022гг., %



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Данные по ведению больных с ГБ на уровне ПМСП в выбранных регионах показывают, что наибольший охват необходимыми услугами наблюдается в г. Бишкек и Иссык-Кульской области.

²⁶ В БД «Медстат» сведения об обследовании больных ГБ и приеме гипотензивных препаратов заносятся на основании данных БД «КИФ амбулаторный»

Например, в этих регионах доля больных ГБ, принимающих гипотензивные препараты и регулярное измерение давления в 1,4-1,7 раза выше среднереспубликанских показателей; в 1,4 раза больше, и более, чем в 2 раза чаще пациентам с ГБ измеряют уровень холестерина и сахара в крови (соответственно, 41-55% и 41-54%). Данные по ведению больных ГБ в выбранных районах Ошской области показывают низкий уровень показателей: доля пациентов, получающих гипотензивные препараты в Алайском районе составила 21-24%, в Узгенском – 11-21%, причем за последний год доля таких пациентов в Узгенском районе снизилась практически в 1,9 раза; хотя бы два раза в год АД измерялось только у 39-45% пациентов с ГБ в Алайском районе и у 28-31% в Узгенском; крайне низкий уровень обследования крови таких больных на холестерин и сахар (соответственно, в Алайском районе – 2% и 4-8%, а в Узгенском – 6% и 9-11%), что ниже средних уровней по республике в 2-12 раз (Таблица 4).

Таблица 4. Показатели по ведению больных с ГБ по КР и выбранным регионам, 2021-2022гг., %

Регионы	Доля больных ГБ, принимающих гипотензивные препараты		Доля больных ГБ, которым АД измерялось как минимум 2 раза в год		Доля больных ГБ, которым измерялся уровень холестерина в крови		Доля больных ГБ, которым измерялся уровень сахара в крови	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
КР	40,3	41,8	44,5	46,2	19,5	20,6	20,2	21,0
г. Бишкек	55,8	70,8	60,4	66,1	41,2	54,9	41,4	53,6
г. Ош	31,1	24,8	41,4	42,1	9,3	5,1	10,4	5,9
Алайский район	21,0	24,1	38,8	45,4	1,6	2,1	4,2	7,5
Узгенский район	21,4	11,3	31,4	28,0	5,8	6,3	10,9	8,8
Иссык-Кульский район	60,1	50,2	51,9	51,7	42,0	37,4	42,0	37,3
Тонский район	54,9	79,4	53,7	53,9	13,6	41,4	14,7	42,2

Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Ведение пациентов с ГБ на уровне ПМСП осуществляется в соответствии с рекомендациями утвержденного клинического руководства по ведению пациентов с ГБ, утвержденного в 2016²⁷. Данное руководство включает все рекомендации по диагностике, клиническим аспектам и медикаментозному лечению и показания для госпитализации. При ведении ГБ часть лабораторно-диагностических исследований включена в базовый пакет бесплатных услуг ПМСП. Некоторые лабораторно - диагностические услуги, не включённые в базовый пакет ПГГ могли бы проводиться в рамках дополнительных пакетов по преискуранту цен, однако не проводятся на уровне ПМСП из-за отсутствия соответствующего оборудования и расходных материалов.

Рекомендации по медикаментозному лечению в соответствии с КР/КП не полностью соответствуют перечню ЛС, которые включены в программу лекарственного обеспечения по ДПОМС на ПМСП.

²⁷ «Клиническое руководство по диагностике и лечению ГБ», 2016 г.; http://nccim.kg/?page_id=343

Например, статины для контроля уровня холестерина, сартаны – группа препаратов для снижения артериальной гипертонии не включены в перечни льготных возмещаемых ЛС для пациентов с ГБ.

Рисунок 8. Рекомендации КР/ КП по ведению больных с ГБ и услуги, включенные в ПГГ



*Включены в базовые лабораторные и диагностические исследования ПГГ, предоставляется бесплатно

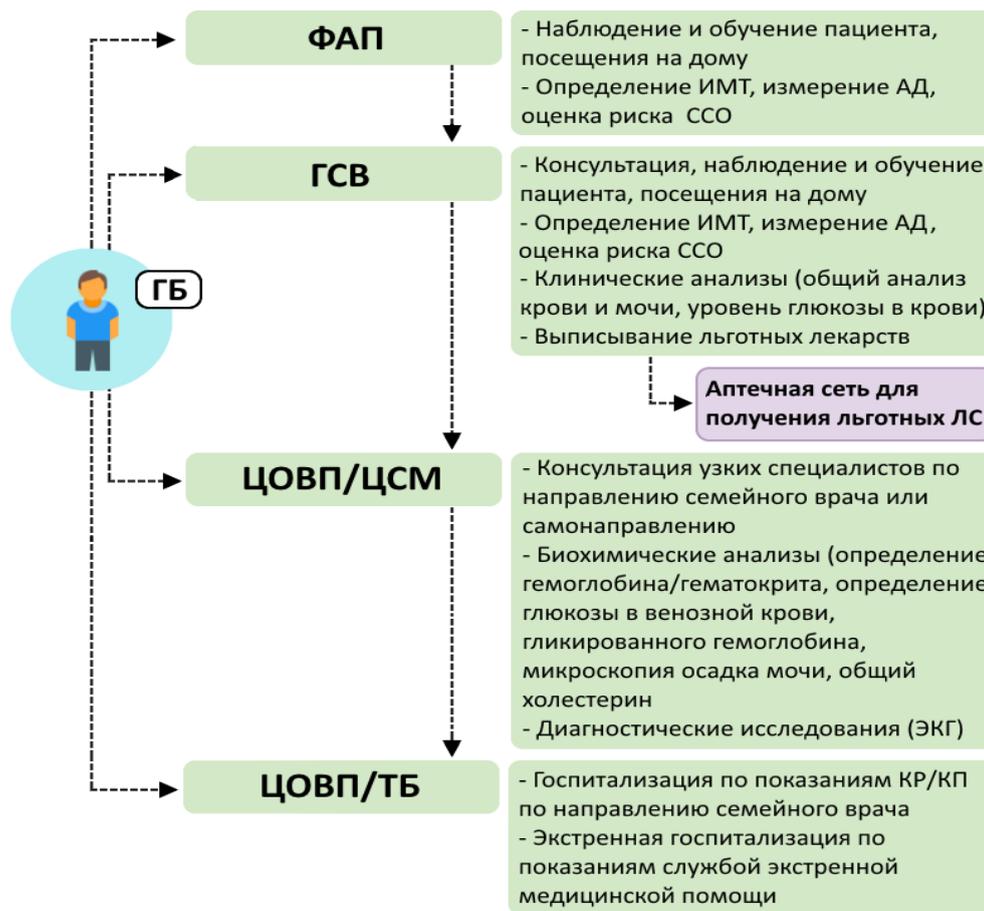
**Лабораторно-диагностические исследования, помимо базового пакета, проводятся бесплатно для выбранной категории, по сооплате для застрахованных и остальным по преискуранту на платной основе

***Лекарственная помощь предоставляется по льготным рецептам в рамках ЛП ПГГ и ДПОМС

Пациенты с ГБ получают рекомендованные КР/КП услуги на разных уровнях ПМСП. На уровне ФАП семейная медсестра проводит наблюдение пациентов, посещения на дому, определение ИМТ, измерение АД и оценку риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО). На уровне ГСВ семейный врач проводит консультацию пациента, выписывает льготные лекарства. В ГСВ при наличии условий проводятся клинические анализы или их забор. На уровне ЦОВП/ЦСМ проводятся консультации узких специалистов, биохимические анализы и некоторые диагностические исследования. Госпитализация пациентов с ГБ должна проводиться в соответствии с рекомендациями КР/КП по показаниям к госпитализации по направлению семейного врача.

При посещении ОЗ отмечалось, что пациенты зачастую самостоятельно посещают узких специалистов и также могут самостоятельно госпитализироваться на разные уровни стационарной помощи, не только районные ТБ, областные и национальные ОЗ.

Рисунок 9. Получение услуг пациентами с ГБ на уровне ПМСП



Результаты проведённого исследования, которые были основаны на анализе выбранных амбулаторных карт в посещенных ОЗ показали, что имеется недостаточный охват услугами при ведении ГБ.

Так в 15% изученных случаях при ГБ отсутствовали данные о посещении семейного врача в течение 2022 года. Измерения уровня АД в 97% изученных случаев проводились при каждом посещении, в 77% случаях регулярно проводились измерения индекса массы тела (ИМТ). В изученных амбулаторных картах данные о проведении риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ГБ были в 10% изученных случаев и данных об обучении пациентов не было.

Согласно клинического протокола, каждому пациенту с ГБ для оценки сердечно-сосудистого риска рекомендуется один раз в год пройти исследование уровня глюкозы крови. Данные об охвате пациентов с ГБ лабораторным обследованием показали, что результаты общего анализа крови (гемоглобин) за предшествующие 12 мес. имелись в 63% изученных случаев, исследования уровня глюкозы в крови — в 58%.

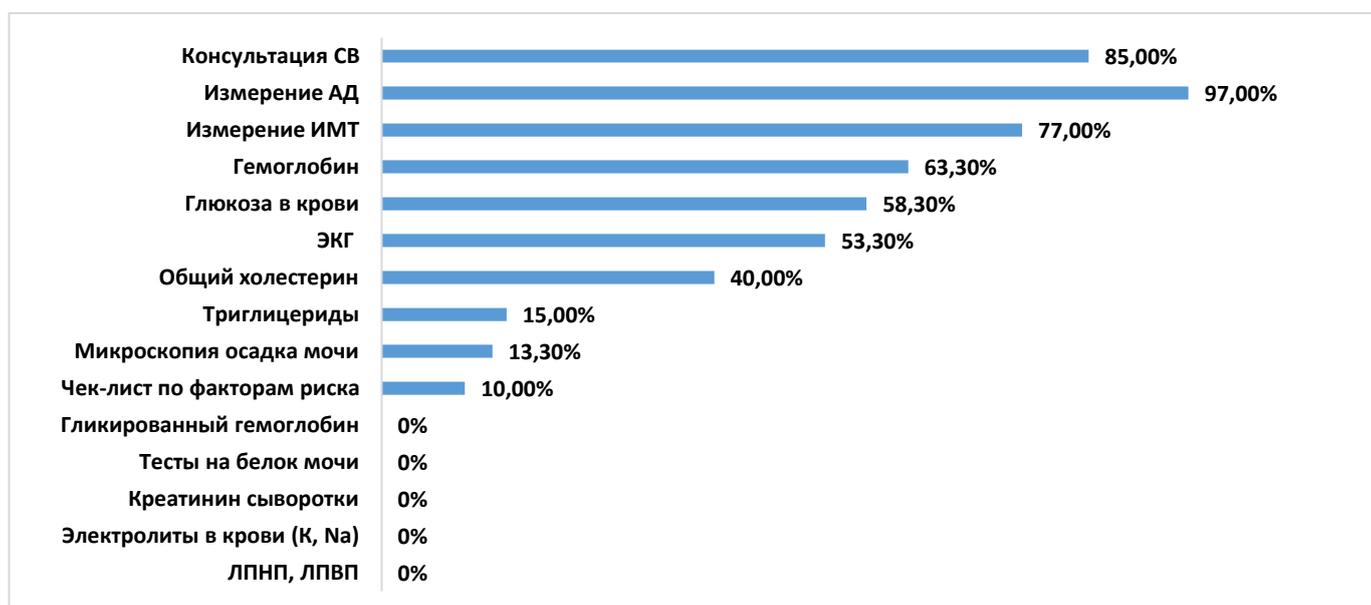
Некоторые лабораторные исследования недостаточно детализированы и не полностью согласованы с утверждёнными клиническими протоколами.

В соответствии с рекомендациями по ведению ГБ для стратификации риска и выявления нарушений липидного обмена обязательно раз в год исследование уровня общего холестерина. Согласно пакета бесплатных услуг проводится определение только общего холестерина. При этом, медицинские специалисты отметили, что целесообразно исследовать холестерин в комплексе с

определением триглицеридов, холестерина ЛПВП (липопротеиды высокой плотности) и холестерина ЛПНП (липопротеиды низкой плотности), поскольку для корректной оценки сердечно-сосудистых рисков важно понимать соотношение различных фракций липопротеинов. В рамках проводимого исследования, определение холестерина проводилось только в 40% изученных случаях, при этом ни в одной из изученных случаев не было данных об измерении показателей липидного спектра (ЛПВП, ЛПНП) за весь период наблюдения за пациентом.

Электрокардиография (ЭКГ) является единственным обязательным инструментальным методом обследования пациентов с ГБ и согласно рекомендациям КР/КП должна проводиться на 12 канальном оборудовании. Наличие данных ЭКГ за предшествующий год наблюдения имелись в 53% изученных случаев (ЭКГ выполняется на 6-канальном оборудовании).

Рисунок 10. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с ГБ в обследованных ОЗ, %

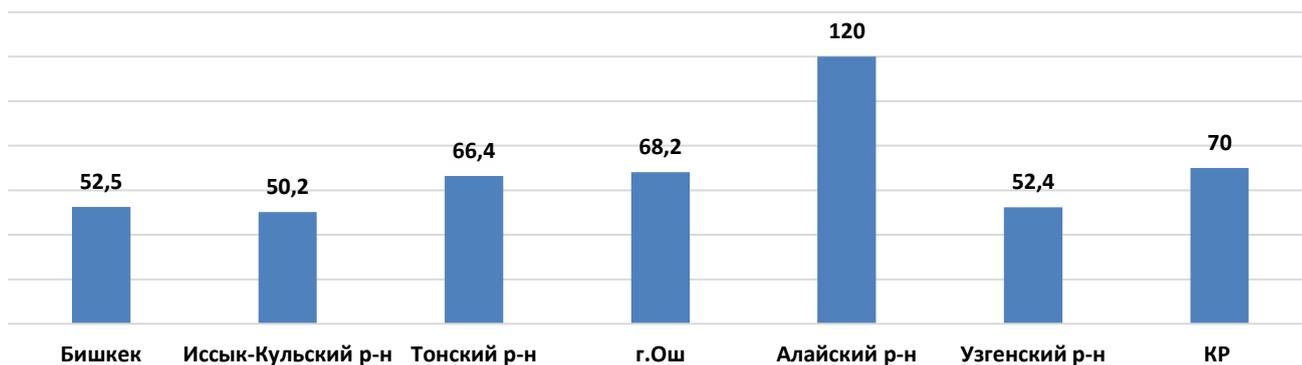


Доля бюджета, которая была использована на возмещение льготных рецептов больным с ГБ составила 27,5% от общего бюджета, выделяемого на ДПОМС, при этом в среднем по стране 70% зарегистрированных пациентов получали хотя бы один раз льготный рецепт.

В среднем по республике было отпущено 5 рецептов на одного человека в год, учитывая, что один рецепт позволяет выписывать норму на 1 месяц, уровень использования льгот на получение ЛС пациентами недостаточный. Так, в некоторых обследованных районах охват пациентов, которые получали льготный рецепт составил только около половины (г. Бишкек, Иссык-Кульский-р-н, Узгенский р-н).

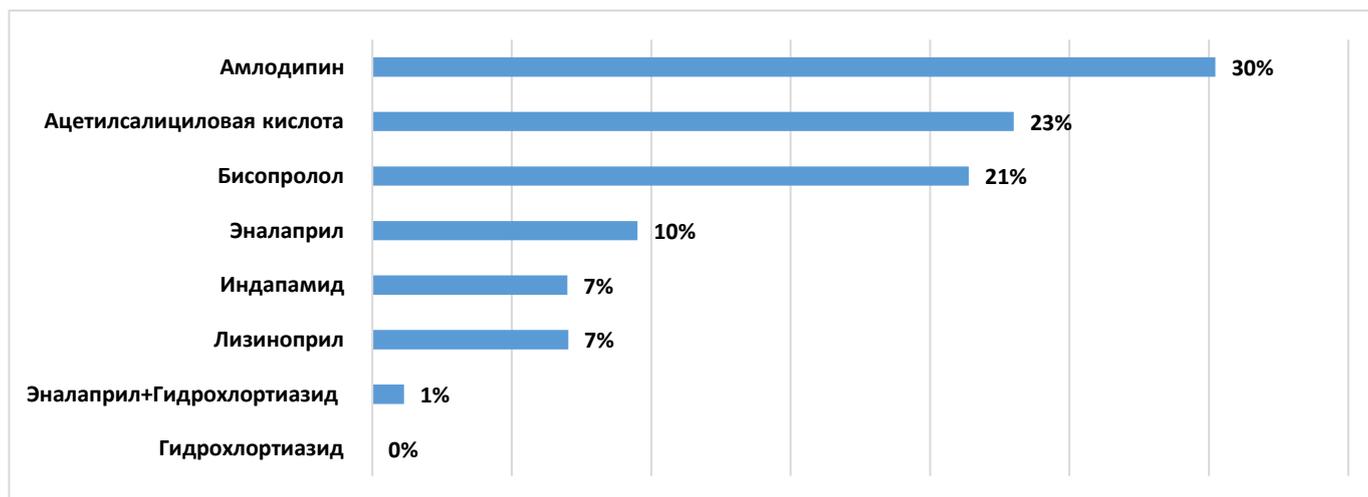
При этом, средний уровень возмещения препаратов при ГБ составил 44%, остальную часть оплачивал пациент из кармана.

Рисунок 11. Доля пациентов, получивших льготный рецепт, от общего числа зарегистрированных больных с ГБ, 2022г., %



Анализ базы данных ФОМС выписанных рецептов пациентам с ГБ показал, что наиболее часто выписываются Амлодипин – 30%, Ацетилсалициловая кислота – 23% и Бисопролол – 21% от общего количества выписанных рецептов при ГБ. Остальные препараты выписывались от 1 до 10% от общего количества выписанных рецептов.

Рисунок 12. Доля льготных ЛС, выписанных при ГБ, от общего числа рецептов, выписанных при ГБ, 2022г., %



При обсуждении с семейными врачами было отмечено, что низкие проценты выписывания некоторых препаратов объясняются тем, что цены на некоторые возмещаемые ЛС очень дешевые и их пациенты могут приобретать за полную стоимость, например, Эналаприл, Амлодипин, Гидрохлортиазид, стоимость этих препаратов ориентировочно от 10 до 30 сом за 10 табл., поэтому пациенты не приходят к врачам за рецептами, а покупают их сами в аптечной сети за полную стоимость.

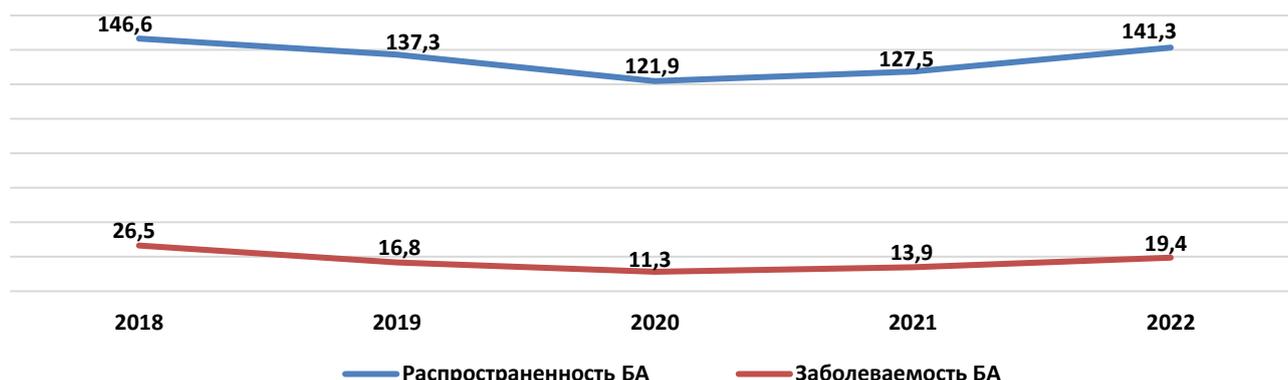
Вместе с тем, было предложено включить некоторые комбинированные гипотензивные препараты в Перечень возмещаемых лекарств для застрахованных граждан из группы сортанов (Лазартан), который включен в последние рекомендации медикаментозного лечения в соответствии с КР/КП.

Препараты из группы статинов могут выписываться на льготной основе только людям после инфаркта на период 2 месяца. Учитывая, что больные с ГБ имеют высокие риски сердечно-сосудистых осложнений, необходимо разрешить выписывание статинов всем пациентам с ГБ при значительном превышении уровня холестерина, для профилактики инсульта и инфаркта, атеросклероза.

4.2. Предоставление услуг по ведению бронхиальной астмы на ПМСП

В 2022г., в целом по Кыргызской Республике, было зарегистрировано 9,8 тыс. случаев заболеваний бронхиальной астмой (БА), что составляет 141,3 на 100 000 населения. За последние пять лет уровень распространенности БА в КР снизился почти на 4%. В 2022г. диагноз БА был впервые выявлен и зарегистрирован у 1.4 тыс. человек, что составляет 19,4 на 100 000 человек населения. За анализируемый период уровень первичной заболеваемости БА снизился практически на 27%.

Рисунок 13. Динамика уровней распространенности и заболеваемости БА, КР, 2018-2022гг. (на 100 000 населения)



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

При этом, доля больных с БА, которые получают стационарное лечение, составило более 33% в 2022 году, то есть более трети пациентов, хотя направлены были на госпитализацию с уровня ПМСП только 7,1%. Получается, что большинство пациентов самостоятельно госпитализируется, минуя уровень ПМСП.

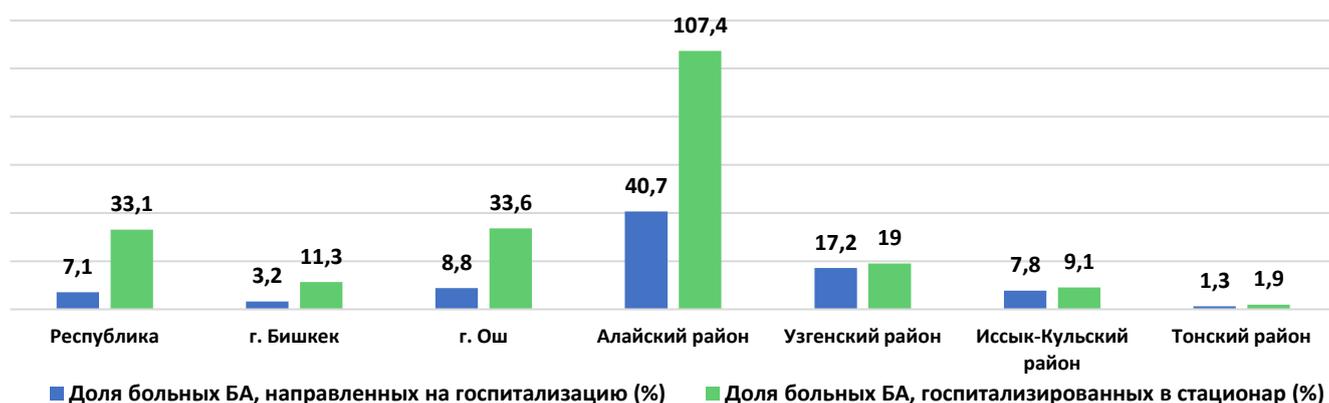
Рисунок 14. Доля больных БА, направленных на госпитализацию с уровня ПМСП и фактически госпитализированных, КР, 2021-2022гг., %



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Очень высокие показатели госпитализации больных БА во всех выбранных регионах и районах, особенно в районах Ошской области. Так, в Алайском районе доля пациентов, которые были направлены на стационарное лечение составляла в 2022г. около 41%, доля же фактически госпитализированных составила 107%, что означает, что каждый больной госпитализировался в течение года по крайней мере один раз, что говорит о том, что при обострении болезни пациенты обращаются в службу экстренной (скорой) медицинской помощи или напрямую в стационар.

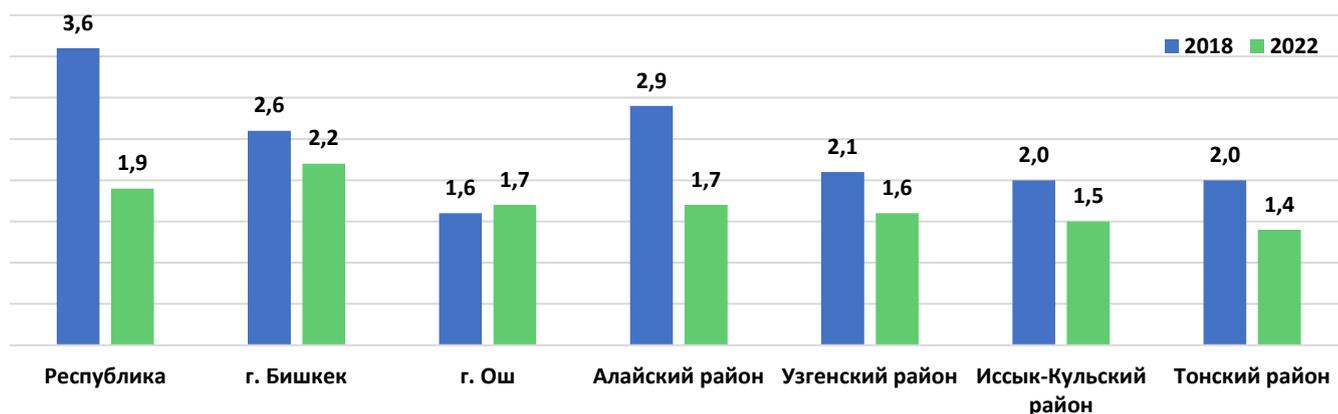
Рисунок 15. Доля больных БА, направленных на госпитализацию с уровня ПМСП и фактически госпитализированных, выбранные районы, 2022г., %



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Анализ статистических данных ЦЭЗ показывает, что с 2018 по 2022гг. по республике в целом более чем на 47% снизилось число случаев поликлинического обслуживания больных БА на ПМСП в год. Так, если в 2018г. один пациент обращался в течение года на уровень ПМСП в среднем 3,6 раза, то в 2022г. – в среднем только 1,9 раза.

Рисунок 16. Среднее число случаев обращений на ПМСП больных БА, выбранные районы 2018, 2022гг. (на 1 больного)



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

В настоящее время для диагностики и лечебных вмешательств на уровне ПМСП используется клинический протокол по ведению больных с бронхиальной астмой²⁸. Согласно рекомендациям по

²⁸ Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в Кыргызской Республике (2019 г.), <https://med.kg/clinicalProtocols>

ведению БА рекомендуется регулярное посещение семейного врача каждые три месяца при отсутствии осложнений, и проведение ряда обязательных диагностических исследований. Базовый пакет ПГГ включает консультацию пациента, в том числе проведение семейным врачом некоторых диагностических тестов - пикфлоуметрия, спирометрия, бронходилатационная проба с сальбутамолом и оценка уровня контроля БА (ACT-тест). Рентгенография грудной клетки проводится по льготной цене в рамках дополнительного пакета услуг ПГГ. Некоторые лабораторно-диагностические услуги, рекомендованные КР/КП, не включённые в базовый пакет ПГГ также могли бы проводиться в рамках дополнительных пакетов по прейскуранту цен, однако не проводятся на уровне ПМСП из-за отсутствия соответствующего оборудования и расходных материалов. Например, определение уровня калия в крови, определение газов крови, кожные аллергологические тесты (prick-test).

Рисунок 17. Рекомендации КР/КП по ведению больных с БА и включенные в ПГГ



*Включены в базовые лабораторные и диагностические исследования ПГГ, предоставляется бесплатно

**Лабораторно-диагностические исследования, помимо базового пакета, проводятся бесплатно для выбранной категории, по сооплате для застрахованных и остальным по прейскуранту на платной основе

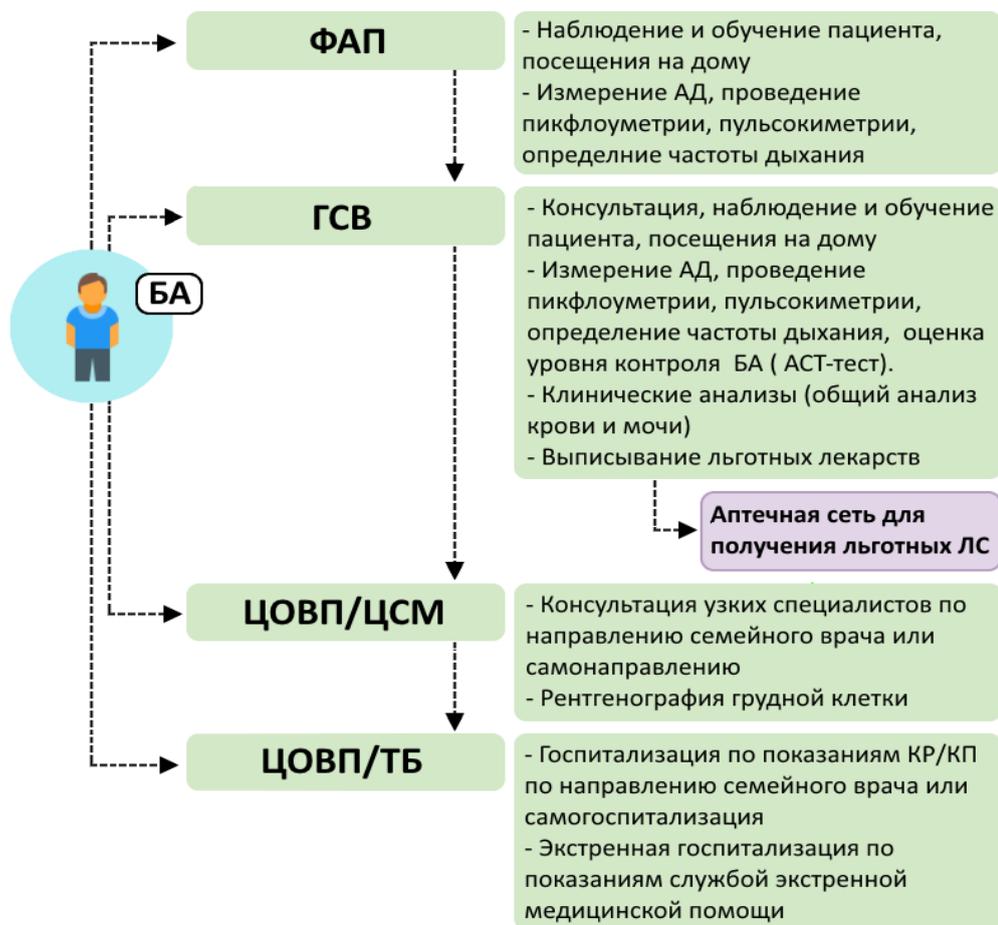
***Лекарственная помощь предоставляется по льготным рецептам в рамках ЛП ПГГ и ДПОМС

Пациенты с БА получают рекомендованные КР/КП услуги в основном на уровне ФАП и ГСВ. На уровне ФАП семейная медсестра проводит наблюдение пациентов, посещения на дому, измерение АД, проводит пикфлоуметрию, пульсоксиметрию и определение частоты дыхания.

На уровне ГСВ семейный врач проводит консультацию пациента, выписывает льготные лекарства. В ГСВ при наличии условий проводятся клинические анализы или их забор. На уровне ЦОВП/ЦСМ проводятся консультации узких специалистов при необходимости и рентгенография грудной клетки.

Госпитализация пациентов с БА должна проводиться в соответствии с рекомендациями КР/КП по показаниям к госпитализации по направлению семейного врача. Как показывают данные выше, очень высокий процент пациентов, которые госпитализируются самостоятельно.

Рисунок 18. Получение услуг пациентами с БА на уровнях ПМСП



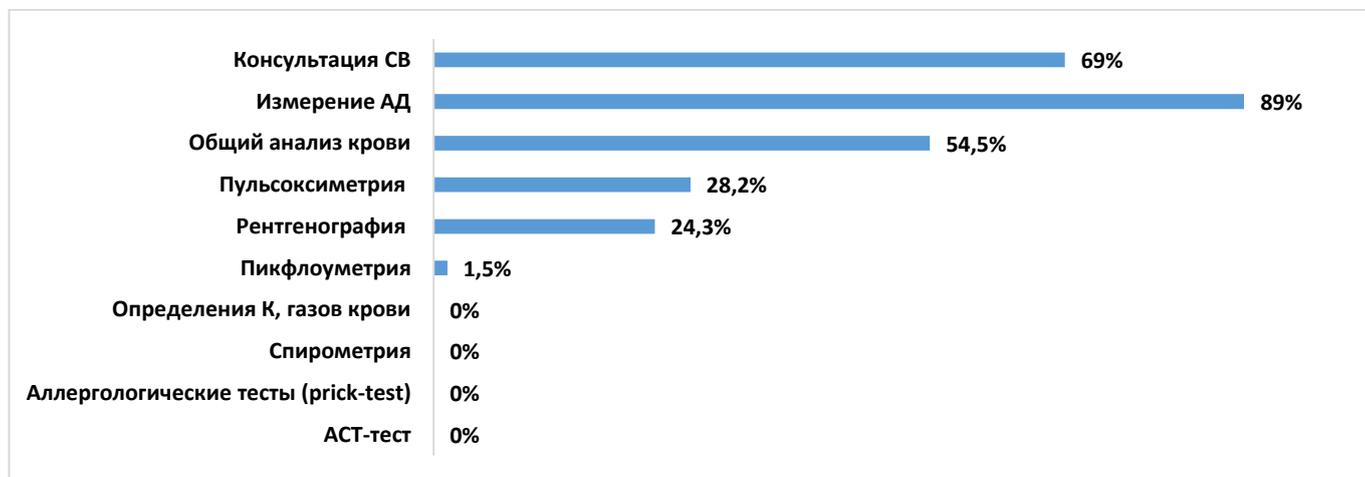
Результаты проведённого исследования, которые были основаны на анализе выбранных амбулаторных карт в посещенных ОЗ показали, что имеется недостаточный охват услугами при ведении больных с БА в соответствии с утвержденным КП. Пациентов с БА наблюдают в 69% случаях семейные врачи, в остальных случаях наблюдения и консультации проводились разными узкими специалистами (пульмонолог, терапевт, аллерголог и др.), либо в карточках не было записей о посещении за последний год врача ПМСП.

Основными результатами ведения и лечения является достижение и поддержание контроля симптомов БА по данным показателей спирометрии и пикфлоуметрии. К сожалению, пикфлоуметрия, которая является одной из важных исследований для оценки тяжести и мониторинга эффективности лечения пациента с БА, проводится очень редко – только в 1,5% изученных случаях. Спирометрия служит для определения ФВД (функций внешней дыхательной деятельности) и является достаточно эффективным методом диагностики, но не проводится из-за отсутствия соответствующего оборудования. При этом доступным методом уровня контроля БА по оценке эффективности проводимого лечения является АСТ-тест и бронходилатационная проба для подтверждения обратимости бронхиальной обструкции, которые также не выполняются на ПМСП.

Необходимые исследования по показаниям, такие как определение уровня калия в крови (при длительном использовании Сальбутамола), определение газов крови (при тяжелой дыхательной недостаточности), Кожные аллергологические тесты (prick-test) на уровне ПМСП также не проводятся ни в одной из лабораторий посещенных ОЗ. Из обязательных лабораторно методов

при БА на первичном уровне в течение 2022 года исследования на общий анализ крови проводили только в 54,5% случаях, охват пациентов рентгенографией органов грудной клетки один раз в год составил 24,3% (Рисунок 19).

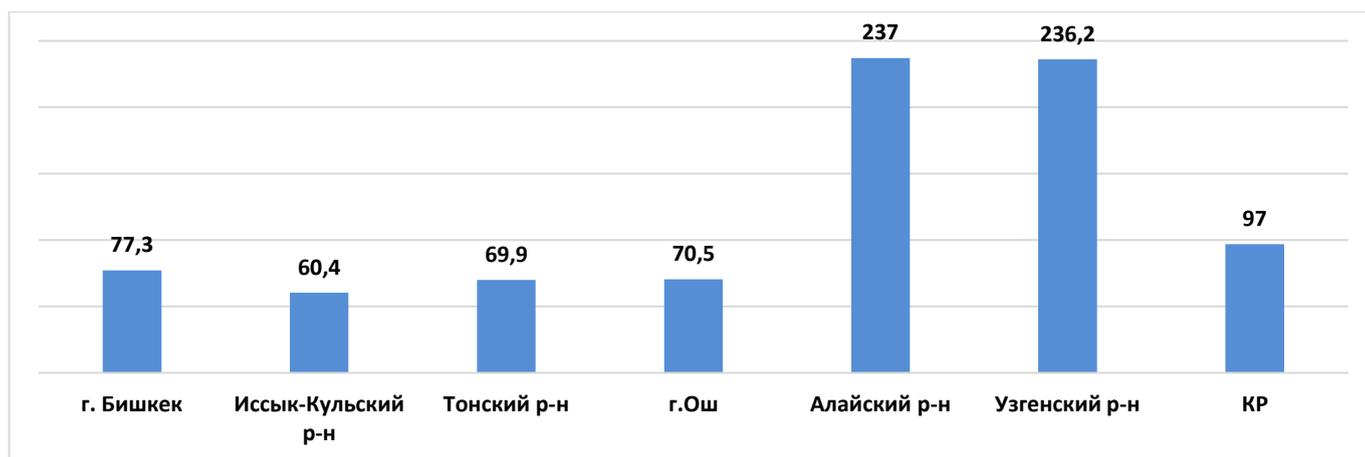
Рисунок 19. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с БА в обследованных ОЗ, %



Доля бюджета, которая была использована на возмещение льготных рецептов больным с БА в 2022 году составила 7% от общего бюджета, выделяемого на ДПОМС, при этом 97% зарегистрированных пациентов получали хотя бы один раз льготный рецепт. В среднем по республике было отпущено 4 рецепта на одного человека, учитывая, что один рецепт позволяет выписывать норму на 3 месяца, мы можем предположить, что покрывается потребность на весь год.

Средний уровень возмещения ФОМС составил 87% при отпуске ЛС из аптечной сети, остальную часть доплачивал пациент. Это означает, что пациент доплачивал из кармана разницу между розничной ценой и установленной ценой возмещения (около 13% от общей стоимости ЛС).

Рисунок 20. Доля пациентов с БА, получивших льготные рецепты, 2022г., %



*Больше 100% - одному пациенту выписано несколько рецептов в течение года

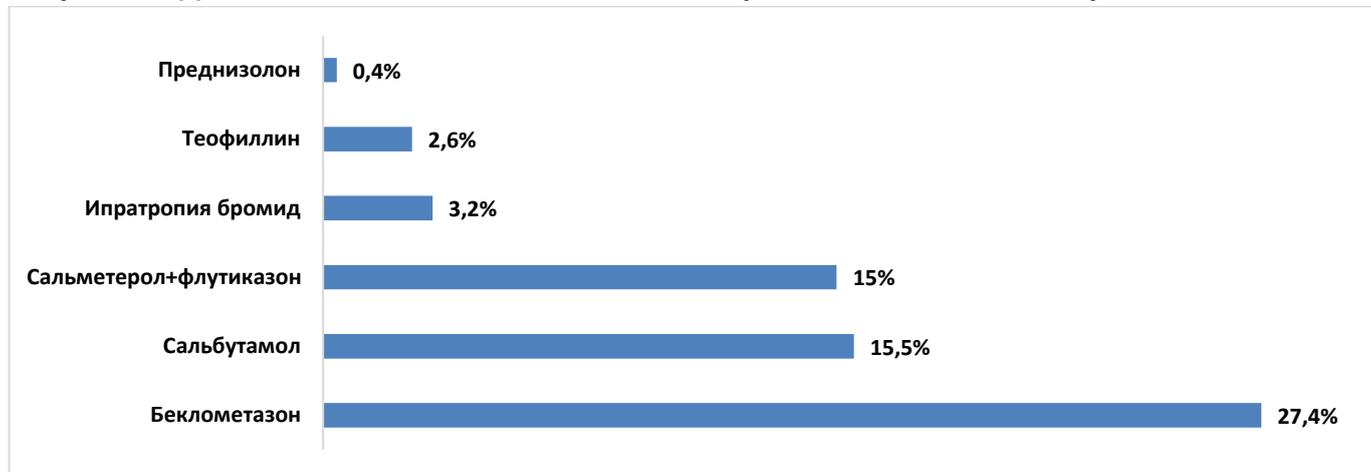
Источник: База данных электронных рецептов ДП ОМС, ФОМС

Рекомендации КП рекомендуют использование ряда ЛС, из них 4 препарата включены в перечень возмещаемых ЛС для застрахованных граждан в рамках ДПОМС. Кроме того, пациенты с БА могут также получать ЛС в рамках второй программы по льготному лекарственному обеспечению –

лекарственный пакет ПГГ бесплатно.

Данные по отпуску и ЛС в рамках ДПОМС показали, что наиболее часто выписывают Бекламетазон – 27,4%, Сальбутамол и комбинированный препарата Сальметерола – по 15%, в зависимости от общего количества выписанных рецептов при БА.

Рисунок 21. Доля выписанных ЛС, от общего кол-ва рецептов, выписанных при БА, 2022, %



Во время проведения фокус-групповых дискуссий пациенты с БА отметили проблему наличия лекарств в аптечной сети для лечения БА, особенно в регионах. Некоторые больные не могут приобрести ЛС из-за отсутствия его в аптеках. Большинство аптек, отпускающих ЛС по льготной программе находятся только в районных центрах, поэтому около 15% выписанных рецептов врачами для пациентов с БА остаются не реализованными аптечной сетью из-за отсутствия необходимых ЛС или отсутствия аптек.

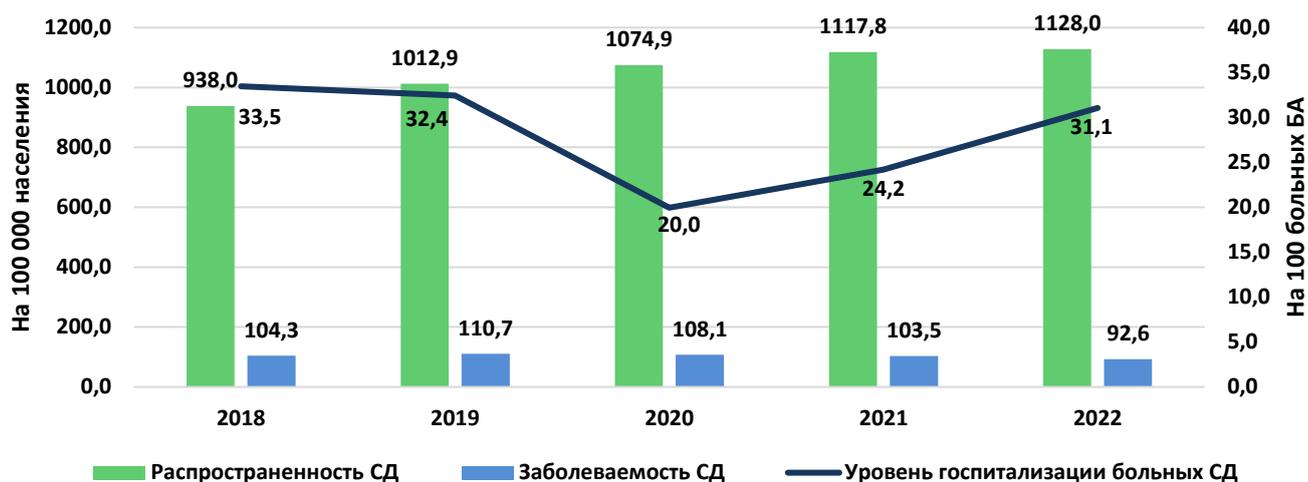
Например, в Иссык-Кульском районе с центром в г. Чолпон-Ате имеется на весь район только одна аптека, отпускающая лекарства по ДПОМС, протяжённость района составляет около 70 км. Пациентам приходится постоянно преодолевать большие расстояния, чтобы купить выписанное лекарство по льготной цене. Пациенты из Алайского района едут за отсутствующими лекарствами в областной центр, г. Ош (расстояние более 130 км.).

4.3. Предоставление услуг по ведению сахарного диабета на ПМСП

В 2022г. в целом по республике было зарегистрировано 78,7 тыс. больных сахарным диабетом (СД). Ежегодно регистрируется от 93 до 111 новых случаев СД на каждые 100 000 населения, при этом уровень заболеваемости СД, то есть впервые выявленных, постоянно снижается, по сравнению с 2018 годом снизился на 11%. Это говорит о низкой выявляемой СД на ПМСП.

При этом отмечается высокий уровень госпитализаций при СД, так стационарное лечение получают от 18 до 24 тыс. больных с СД ежегодно, что составляет примерно третью часть от всех зарегистрированных случаев СД.

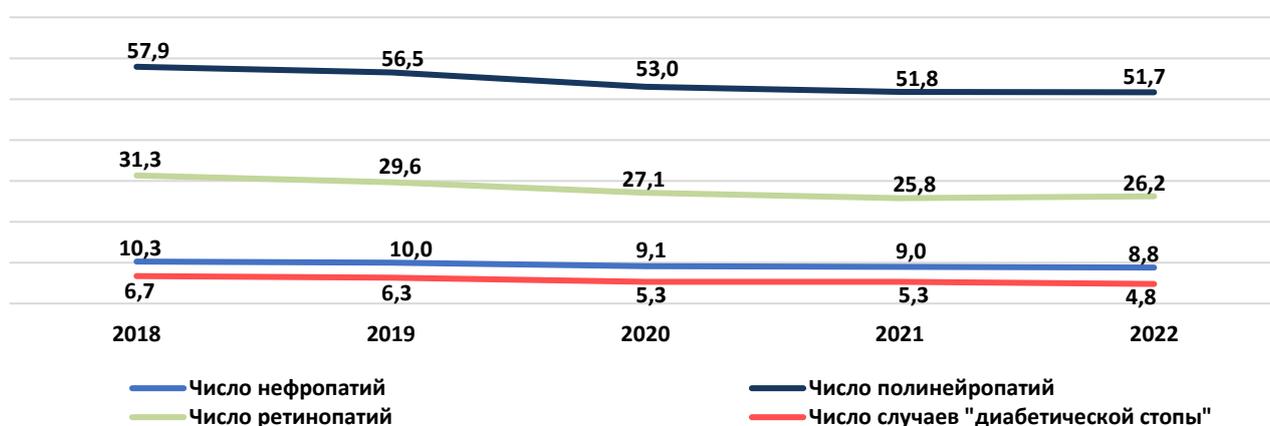
Рисунок 22. Динамика уровней распространенности и заболеваемости СД, (на 100 000 населения), уровень госпитализации больных СД (на 100 больных СД), КР, 2018-2022гг.



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Следует отметить, высокий уровень осложнений СД в целом. Наиболее частым осложнением СД является полинейропатия, которая наблюдается более чем у половины больных – в 52-58%. Ретинопатия диагностируются в 26 - 31% случаев ежегодно и нефропатия - у 9-10% пациентов с СД. Такое осложнение, как «диабетическая стопа» наблюдается у 5-7% больных СД.

Рисунок 23. Частота осложнений сахарного диабета, КР, 2018-2022 гг., %

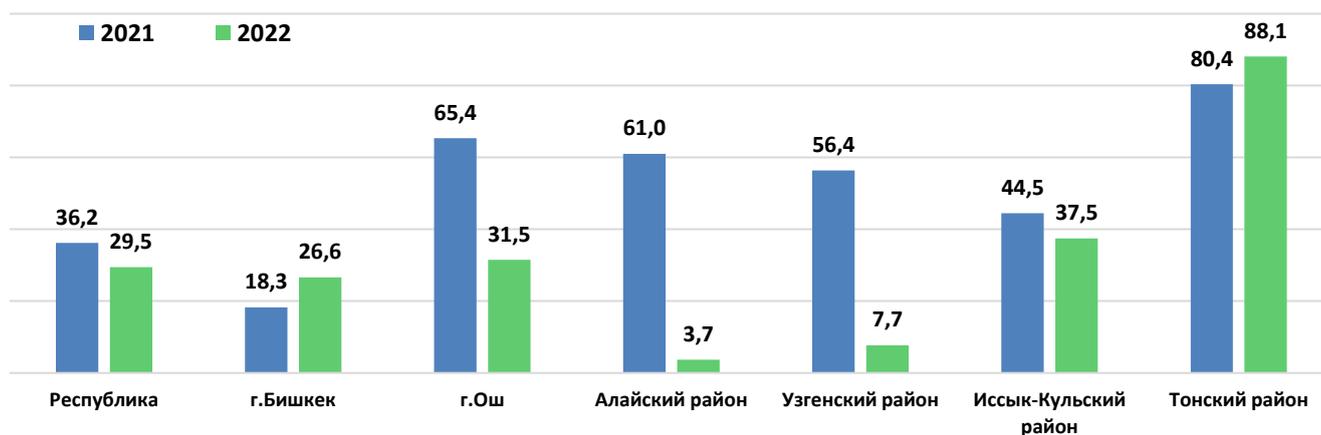


Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

Для оценки качества лечения на ПМСП в соответствии с утвержденными рекомендациями с 2021 года данные по числу больных СД, обследованных на гликозилированный гемоглобин, включены в отчетные формы, которые собираются Центром электронного здравоохранения.

По данным за 2021-2022гг. в целом по КР только около 30-36% больных с СД обследовались на гликогемоглобин. Уровень обследования больных СД на гликозилированный гемоглобин в выбранных районах также недостаточный. По данным статистических отчетов в 2021г. в г.Бишкек на гликогемоглобин обследуются только 18-27% пациентов с СД, в г.Ош – 32-65%. 61% больных СД в Алайском и 56% - в Узгенском районах проходили обследование на гликогемоглобин, в Иссык-Кульском и Тонском районах этот показатель составил, соответственно – 38-45% и 80-88%. Однако в 2022г. наблюдается резкое снижение показателей.

Рисунок 24. Доля больных СД, обследованных на гликогемоглобин, выбранные районы, 2021-2022гг., %



Источник данных: БД «Медстат» ЦЭЗ при МЗ КР

При ведении больных на ПМСП используется «Алгоритм ведения больных с СД 2 типа (PEN 2)», утвержденный Приказом МЗ №258 от 10.03.2023г.²⁹ Данный алгоритм рекомендует основные скрининговые тесты и диагностические критерии, оценку риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО), стратегии профилактики и принципы лечения СД 2 типа.

При ведении СД консультация пациентов и основные лабораторно исследования включены в базовый пакет бесплатных услуг ПГГ (определение глюкозы в крови, гликированный гемоглобин (HbA1c тест), общий холестерин). Следует отметить, что согласно рекомендациям гликированный гемоглобин (HbA1c тест) может проводиться бесплатно только 1 раз в год, хотя рекомендовано его проведение каждые 3 месяца, то есть 4 раза в год. В настоящее время в ОЗ этот тест, в остальных случаях пациентам с СД проводится в рамках дополнительного пакета услуг ПГГ по преискуранту цен с сооплатой 50% (стоимость со скидкой около 270 сом).

Пероральный глюкозотолерантный тест, который обязателен при первичной оценке не конкретизирован в пакете услуг, но также может проводиться в рамках дополнительных пакетов по преискуранту цен. Однако не проводится в ОЗ из-за отсутствия соответствующего оборудования и расходных материалов.

²⁹ Алгоритм ведения СД 2 типа на ПМСП: <https://med.kg/uploads/10f681cc-b3c0-4163-84ef-1ff31c5034bf-%D0%90%D0%BB%D0%B3%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%20PEN%202%20%D0%A1%D0%94%20%20%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B0.pdf>

Рисунок 25. Рекомендации КР/КП по ведению больных с СД и включенные в ПГГ



*Включены в базовые лабораторные и диагностические исследования ПГГ, предоставляется бесплатно

**Лабораторно-диагностические исследования, помимо базового пакета, проводятся бесплатно для выбранной категории, по сооплате для застрахованных и остальным по преискуранту на платной основе

***Лекарственная помощь предоставляется по льготным рецептам в рамках ЛП ПГГ и ДПОМС

Пациенты с СД 2 типа получают рекомендованные КР/КП услуги в основном на уровне ГСВ. При посещении ОЗ было отмечено, что пациенты с СД 2 типа чаще всего наблюдаются только семейными врачами в ГСВ, на уровне ФАП семейные медсестры не вовлечены в ведение данных пациентов, хотя также могли бы вести наблюдения за ними. Семейные медсестры на ФАП отметили, что пациенты предпочитают получать услуги только у семейного врача.

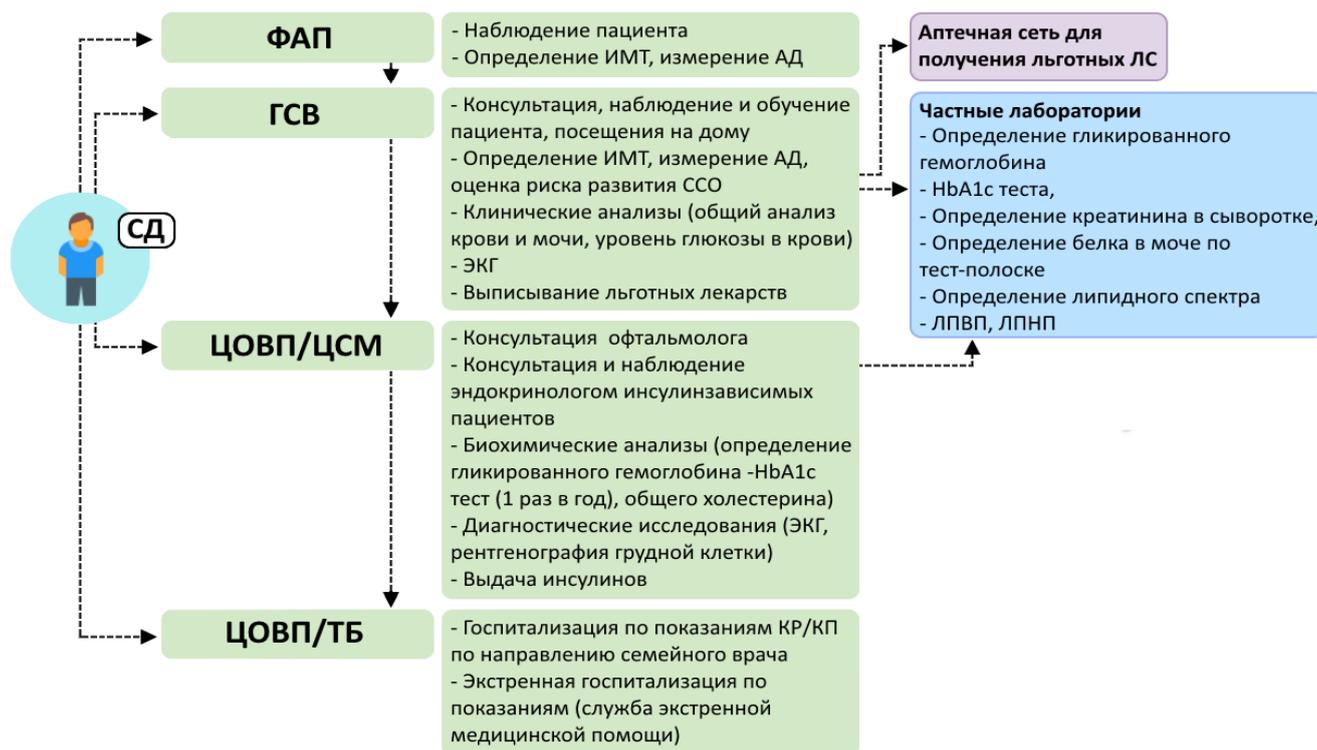
На уровне ГСВ семейный врач проводит консультацию пациента, который принимает таблетированные лекарства, выписывает льготные лекарства. В ГСВ при наличии условий проводятся клинические анализы или их забор, ЭКГ.

Инсулинзависимые пациенты наблюдаются только эндокринологом на уровне ЦОВП/ЦСМ. На этом же уровне проводятся большинство рекомендованных лабораторно-диагностических мероприятий: биохимические анализы, ЭКГ и рентгенография грудной клетки.

Некоторые диагностические исследования, рекомендованные КР/КП, также могли бы проводиться в рамках дополнительного пакета услуг ПГГ, но не проводятся из-за отсутствия реактивов и тест-систем (определение креатинина в сыворотке, белок в моче по тест-полоске, определение ЛПВП, ЛПНП). Поэтому пациенты вынуждены обращаться в частные лаборатории на платной основе.

Госпитализация пациентов с СД должна проводиться в соответствии с рекомендациями КР/КП по показаниям к госпитализации по направлению семейного врача, однако также часты случаи самоуправления пациентов в стационары.

Рисунок 26. Получение услуг пациентами с СД на уровнях ПМСП



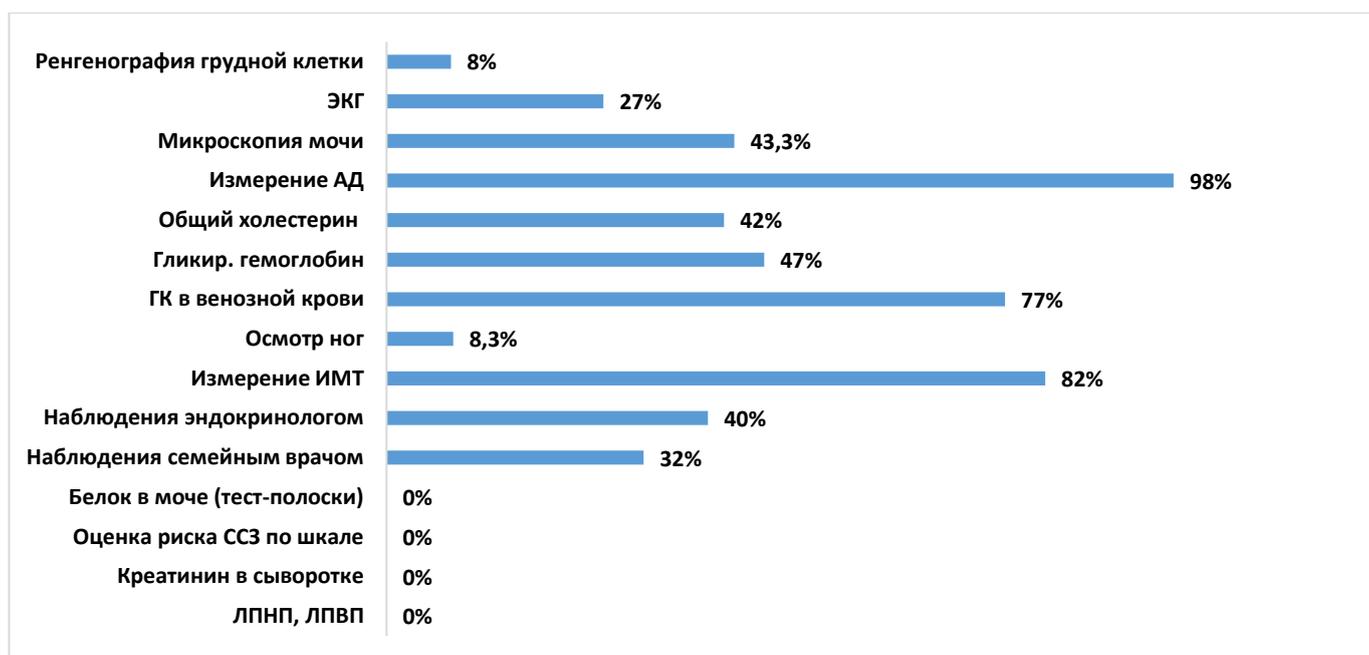
Результаты проведенного исследования, на основе анализа амбулаторных карт пациентов в выбранных регионах показали, что в 72% изученных случаев пациенты с СД за последний год посещали семейного врача или эндокринолога. При этом 40% наблюдений пациентов в изученных случаях велись эндокринологом.

Результаты по оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений не были ни в одном из выбранных случаев. Также в амбулаторных картах записи об осмотре нижних конечностей были только в 8% случаев.

Лабораторно-инструментальное обследование больных с СД 2 типа проводилось также в неполном объеме: определение уровня глюкозы в крови проводилось в 77% случаев (в среднем 2-3 раза в год, но не при каждом обращении). Определение гликированного гемоглобина один раз в год проводилось в менее половины изученных случаях - 47%.

Определение показателей липидного спектра ЛПНП, ЛПВП, белка в моче по тест-полоске, креатинина в сыворотке не проводилось в изученных случаях из-за отсутствия соответствующего оборудования и расходных материалов в ОЗ.

Рисунок 27. Медицинские услуги, которые проводились пациентам с СД в обследованных ОЗ, %



Следует отметить, что несмотря на то, что в 2020 году исследования на гликированный гемоглобин для пациентов с СД были включены в базовый пакет бесплатных услуг ПГГ, при этом уровень охвата остается недостаточный. При проведении фокус-групповых дискуссий врачи отметили, что часто данный тест не проводится в ОЗ из-за отсутствия реактивов в ОЗ.

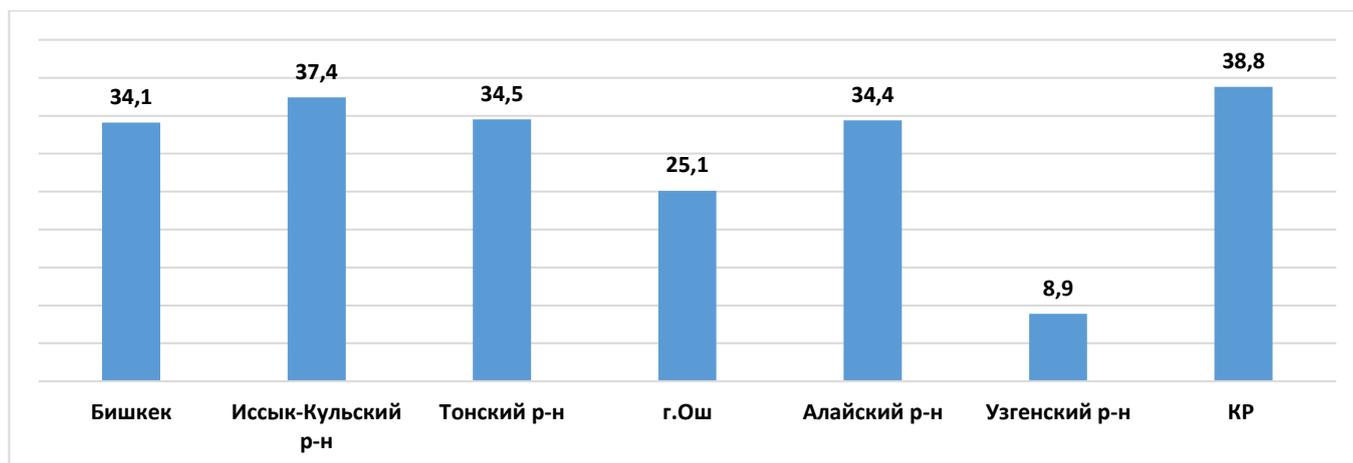
Отсутствие реактивов обусловлено несвоевременными закупками ЛС и расходных материалов, связанных с процедурами тендерных закупок. Было отмечено, что часто тендеры не состоятся из-за того, что нет поставщиков необходимых товаров или же из-за малых объемов, закупаемых отделанными ОЗ, поставщики не участвуют.

При проведении фокус-групповых дискуссий пациенты отметили, что очень часто проводят данный анализ в частных лабораториях платно, стоимость около 800 сом. Еще одной причиной проведения исследований в частных лабораториях является то, что как врачи ПМСП, так и пациенты часто не доверяют результатам анализов ПМСП, поэтому врачи вынуждены отправлять пациентов в частные лаборатории. Например, в одном из лабораторий обследованных ОЗ имеется современный анализатор для проведения исследования гликированного гемоглобина, но эндокринолог предпочитает направлять пациентов в частную лабораторию. При этом пациенты, которые участвовали в фокус-групповой дискуссии не были осведомлены о возможности проведения этого анализа на уровне ПМСП бесплатно 1 раз в год.

Лекарственное обеспечение больных с СД в рамках ПГГ гарантирует бесплатное использование инсулина, который закупается на средства республиканского бюджета и выдается бесплатно на уровне ЦОВП/ЦСМ.

Доля бюджета, которая была использована на возмещение льготных рецептов больным с СД составила 13% от общего бюджета, выделяемого на ДПОМС, при этом в среднем только 38,8% зарегистрированных пациентов получали хотя бы один раз льготный рецепт. Из обследованных регионов самый низкий уровень выписывания рецептов наблюдается в Узгенском районе – около 9% пациентов, от общего количества зарегистрированных пациентов в этом районе.

Рисунок 28. Доля пациентов, получивших льготный рецепт от общего кол-ва зарегистрированных больных с СД, 2022, %



В КП рекомендуют использование ряда противодиабетических таблетированных ЛС. В 2021 году препарат первой линии при лечении СД2 типа - Метформин был включен в Перечень возмещаемых ЛС.

Анализ базы данных отпуска ЛС по ДПОМС в целом по стране показал, что средний уровень возмещения ЛС, отпускаемых при СД составил 61%.

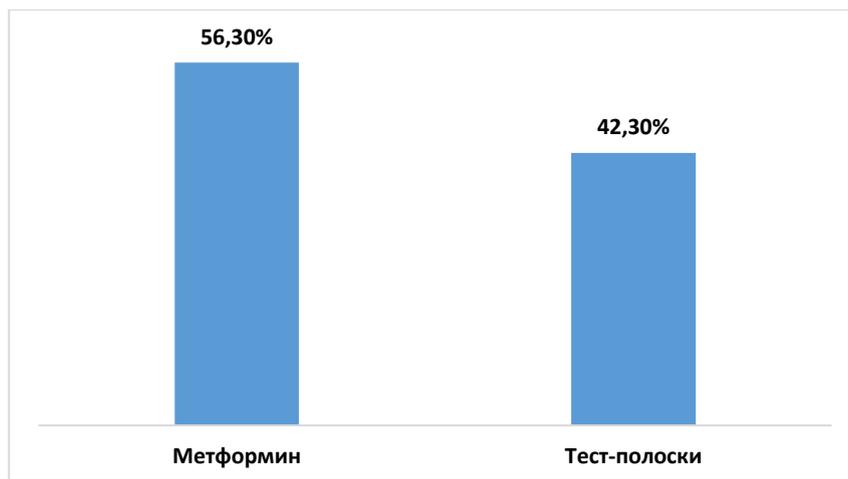
В 2022 году в 56% случаях был выписан Метформин по льготной цене от общего количества выписанных рецептов пациентам с СД. При этом имеются нормы отпуска Метформина по льготным рецептам – не более 1500 мг в сутки или 600 таблеток в год. При обсуждении в фокус-группе с пациентами было отмечено, что они принимают препарат постоянно, и эта норма недостаточная для постоянного и соответствующего контроля СД. При этом врачи отметили, что норма 1500 мг в сутки для пациентов является оптимальной.

Кроме того, пациенты с СД могут приобретать тест-полоски для измерения уровня глюкозы в крови по льготной цене. Нормы отпуска были увеличены в 2023 году: до 18 лет – 2000 тест-полосок и взрослым – 500 тест-полосок в год.

При обсуждении с пациентами, которые используют инсулин, было отмечено, что используется иногда до 10-15 тест-полосок в день и эта норма является также недостаточной для постоянного мониторинга уровня сахара в крови. При обсуждении с врачами было отмечено, что установленная норма льготного отпуска 2000 тест-полосок в день является оптимальной и достаточной для пациентов с диабетом 1 типа. Необходимо увеличить норму отпуска только взрослым пациентам старше 18 лет, которые имеют диабет 1 типа до 2000 полосок в год.

При этом отмечалось также, что в аптечной сети нет широкого ассортимента тест-полосок, поэтому они часто не могут приобрести тест-полоски тех фирм, которые соответствуют имеющимся у них глюкометрам.

Рисунок 29. Доля льготных ЛС, выписанных от общего кол-ва рецептов при СД, 2022, %



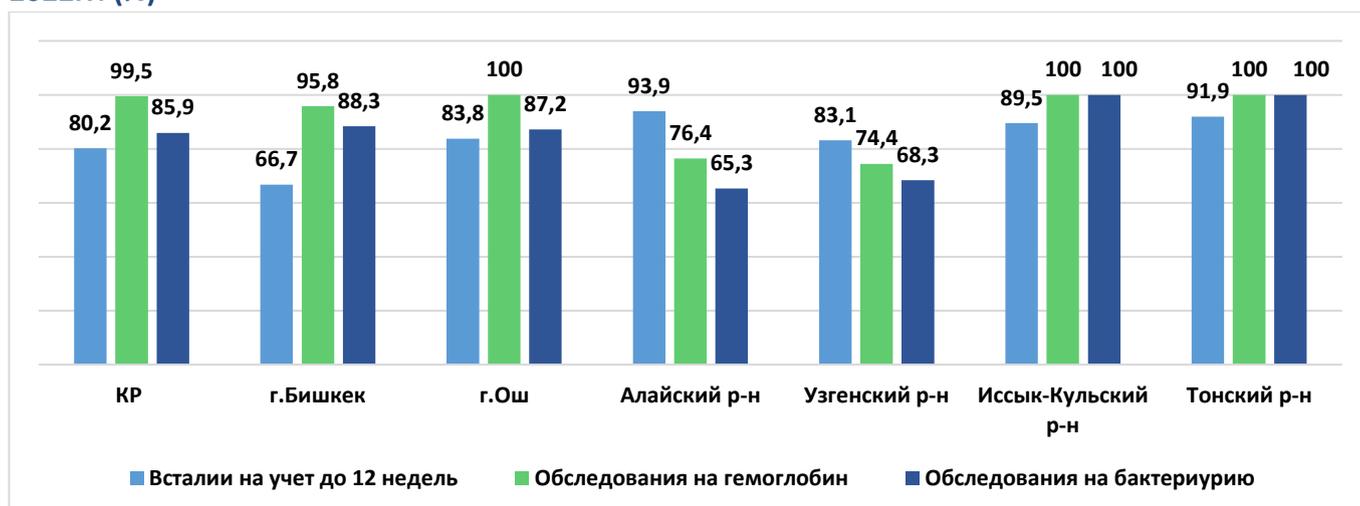
4.4. Наблюдение за беременными на ПМСП

Ежегодно под антенатальным наблюдением в организациях здравоохранения республики состоит от 215 до 237 тыс. беременных.

Показатели раннего охвата беременных антенатальным наблюдением и основные исследования были включены в отчетные формы ЦЭЗ для отслеживания качества оказания услуг врачами ГСВ. С 2021 года данные по наблюдению беременных переведены в амбулаторные в электронные базы данных, заполняемые непосредственно семейными врачами.

По данным отчетов ЦЭЗ за 2022 год показатели в выбранных регионах по наблюдению беременных достаточно высокие. Во время беременности на гемоглобин обследуется в среднем 76-100% беременных. По данным отчетных форм ЦЭЗ в 2022г. 86% беременных было обследовано на бактериурию.

Рисунок 30. Взятие на учет и показатели по обследованию беременных в выбранных районах, 2022гг. (%)



Согласно рекомендациям клинического руководства по дородовой и послеродовой помощи³⁰ базовый перечень и сроки проведения обследования беременных в амбулаторных условиях

³⁰ Клиническое руководство по дородовой и послеродовой помощи:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D1%81%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F->

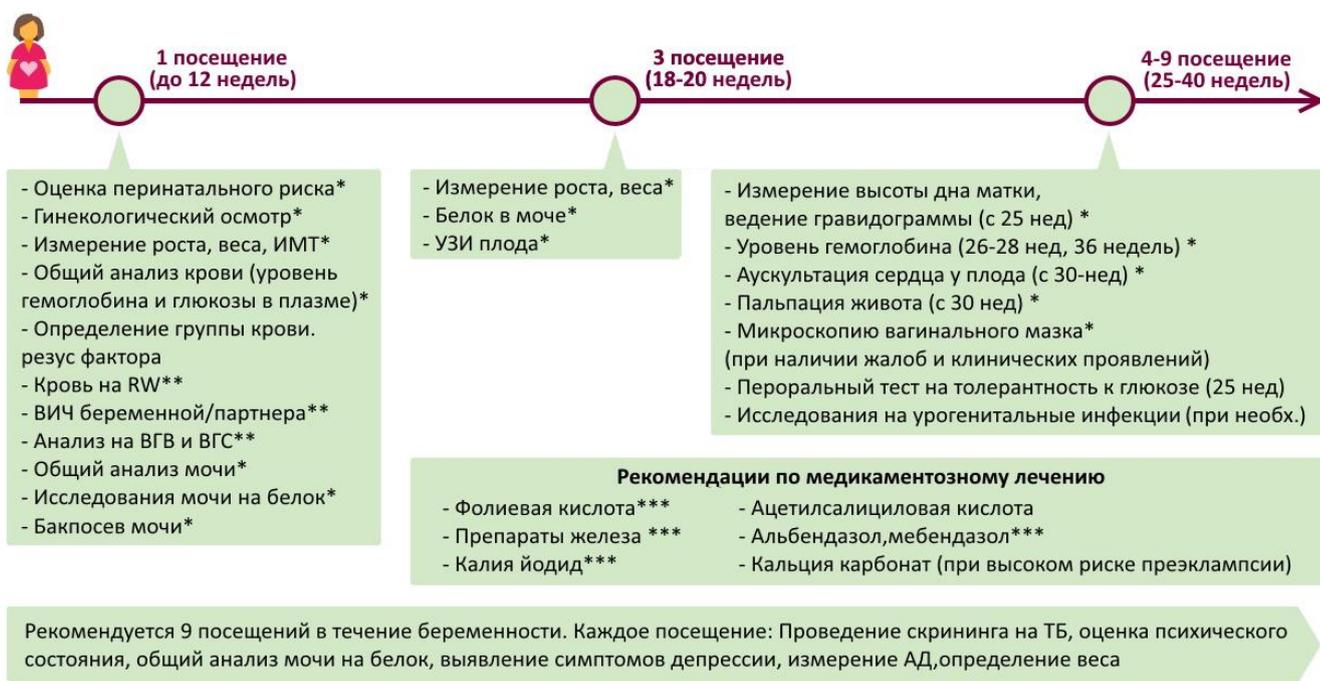
включают физикальные, лабораторные, функциональные и инструментальные методы диагностики. Весь период наблюдения за беременными рекомендует 9 посещений на ПМСП.

Первичный прием беременных должен быть в сроке до 12 недель, дальнейшие визиты следует проводить каждый месяц до 20 недель, каждые 2-3 недели до 28 недель, от 29 до 36 недель срока беременности - каждую неделю до родов.

Большинство рекомендаций клинического руководства включены в базовый пакет бесплатных услуг ПГГ, однако в базовый пакет ПГГ не были включены некоторые ключевые исследования (реакция Вассермана, обследование на гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, определение перорального теста на толерантность глюкозы). Эти исследования могли бы предоставляться ПМСП в рамках дополнительного пакета со скидкой, но ОЗ не имеют оборудование и потенциал для их проведения. Поэтому беременные сдают эти анализы в лабораториях АДО стационара и центров СПИД, частных лабораториях и оплачивают за эти анализы.

Следует отметить, что бактериальный посев мочи – включён в базовый пакет бесплатных услуг, но не всегда доступен и предоставляется бесплатно. Это исследование ПМСП не могут проводить на своем уровне, поэтому должны заключать договора с лабораториями службы санэпиднадзора. Но на практике ПМСП не всегда заключают договора с лабораториями службы санэпиднадзора, поэтому беременные проводят данный вид анализа платно, стоимость от 200-500 сом.

Рисунок 31. Рекомендации КР/КП по ведению беременных и их соответствие ПГГ



*Включены в базовые лабораторные и диагностические исследования ПГГ, предоставляется бесплатно

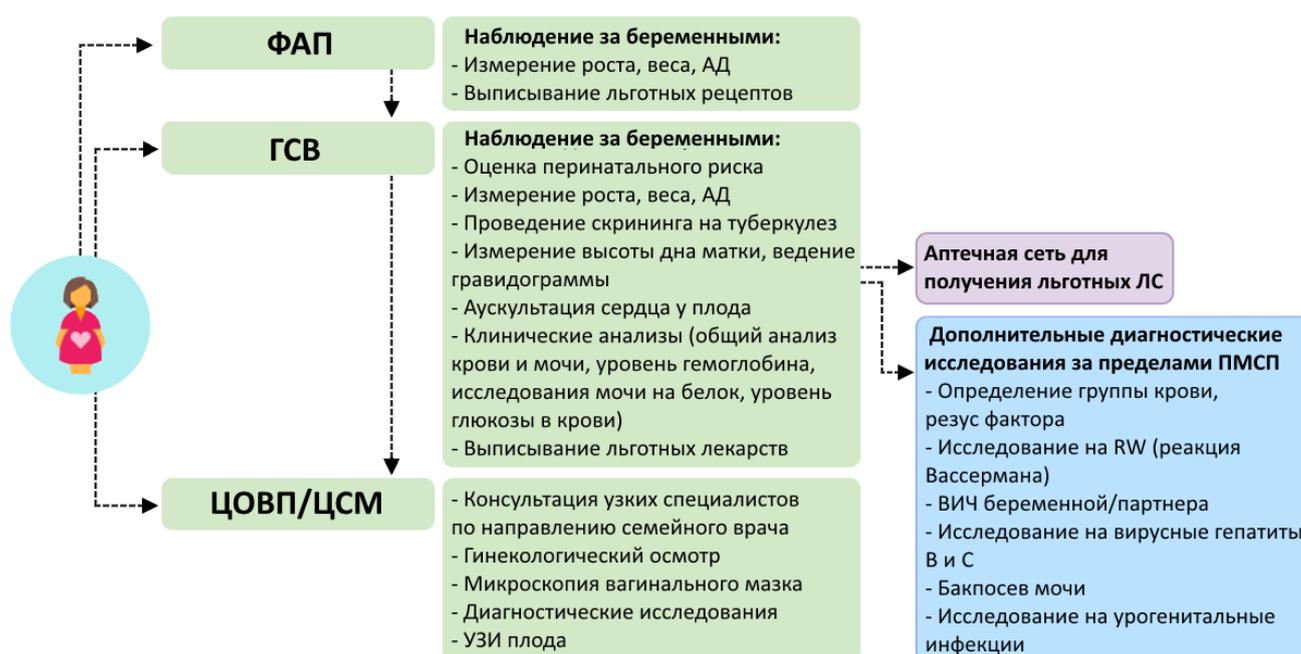
**Лабораторно-диагностические исследования, помимо базового пакета, проводятся бесплатно для выбранной категории, по сооплате для застрахованных и остальным по прейскуранту на платной основе

***Лекарственная помощь предоставляется по льготным рецептам в рамках ЛП ПГГ и ДПОМС

Беременные получают рекомендованные КР/КП услуги на уровне ФАП в ограниченном объеме – взятие на учет и наблюдение, антропометрические измерения, выписывание льготных лекарств. Основные диагностические исследования проводятся на уровне ГСВ семейным врачом. На уровне ЦОВП/ЦСМ проводятся некоторые дополнительные исследования и УЗИ плода. Для прохождения других обязательных лабораторных исследований, которые не проводятся на уровне ПМСП, беременные направляются в другие лаборатории системы здравоохранения или частные лаборатории.

При проведении фокус-групповых дискуссий беременными было отмечено, что им очень неудобно проходить дополнительные тесты в других организациях. Им приходится добираться самостоятельно и иногда по несколько раз из-за высокой очередности и ограниченного времени забора анализов. Также было отмечено что все исследования за пределами ПМСП они проходят на платной основе.

Рисунок 32. Получение услуг беременными на уровнях ПМСП

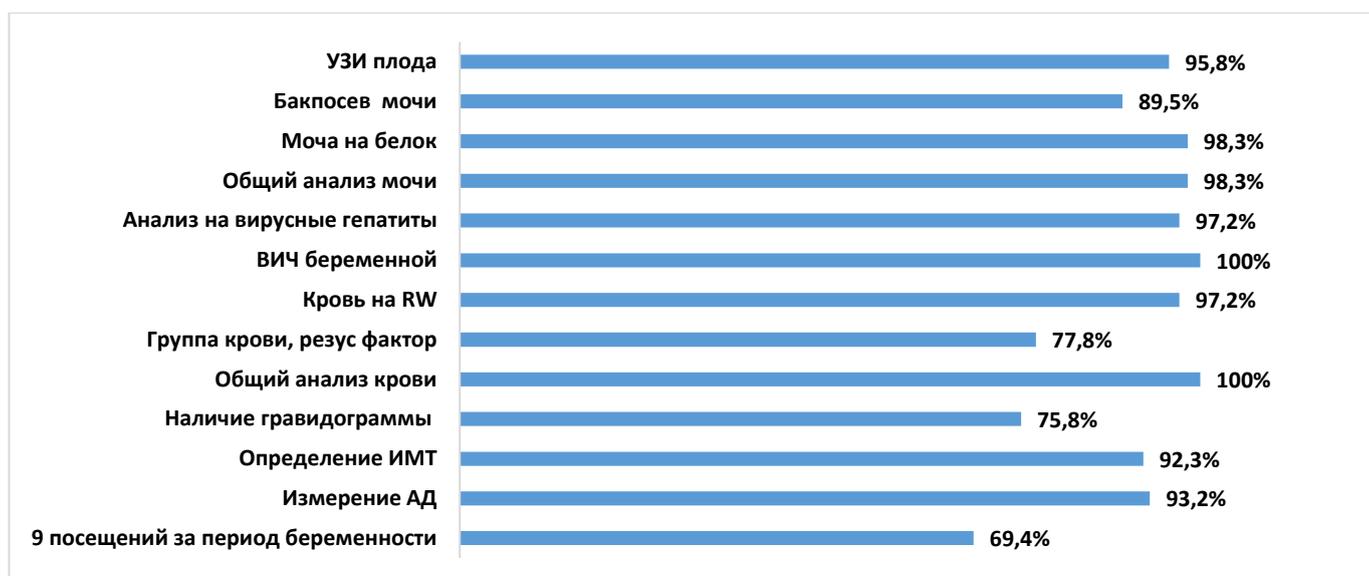


Результаты анализа индивидуальных карт беременных за 2022 год в рамках проведенного исследования в выбранных ОЗ показали, что из-за поздних сроков постановки на учет, рекомендуемое количество посещений 9 раз было только в 69,4% изученных случаях.

Большинство лабораторных анализов проводилось от 77,8 (определение резус-фактора) до 100% (общий анализ крови) от общего количества изученных случаев.

Следует отметить, что в изученных индивидуальных картах беременных не было данных о проведении, оценки психического состояния, выявление симптомов депрессии, которые рекомендованы КР и обязательны при каждом посещении беременных.

Рисунок 33. Медицинские услуги, которые проводились беременным в обследованных ОЗ, %



Следует отметить, что при ведении беременности все медицинские услуги на амбулаторном уровне оказываются согласно клинического протокола, но есть определенные проблемы доступности этих услуг на ПМСП.

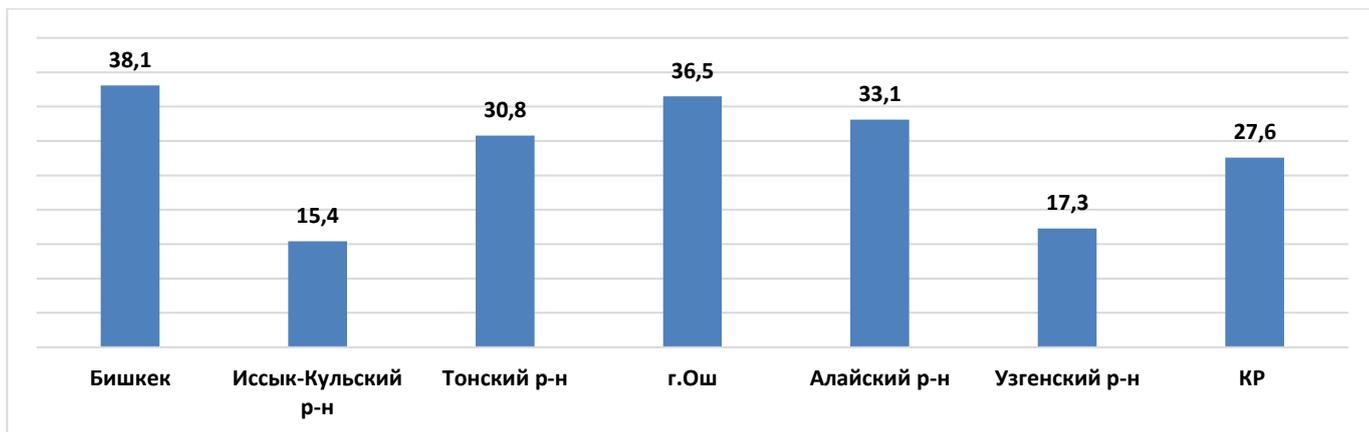
Ультразвуковое исследование плода чаще всего проводится в частных лабораториях, несмотря на наличие УЗИ аппаратов в ОЗ. При этом, несмотря на включение УЗИ в перечень базовых бесплатных исследований ПГГ, УЗИ проводится платно в ОЗ (стоимость около 500 сомов). При обсуждении в фокус-группе с беременными женщинами было отмечено, что врачи чаще всего рекомендуют проводить УЗИ в частных лабораториях, так как аппараты более современные и имеются показания доплера и другие дополнительные параметры.

Недостаточный охват беременных исследованиями на резус- фактор крови и бактериурию мочи объясняется тем, что многие ПМСП не проводят данный вид анализа и направляют беременных в другие лаборатории системы здравоохранения службы или частные лаборатории.

Доля бюджета, которая была использована на возмещение льготных рецептов беременным составила 9,4% от общего бюджета, выделяемого на ДПОМС, при этом, в среднем по стране в 2022 году только 27,6% зарегистрированных беременных получали хотя бы один раз льготный рецепт. Из обследованных районов самый низкий уровень выписывания рецептов наблюдается в Иссык-Кульском районе – около 15% от общего количества зарегистрированных женщин по беременности в этом районе.

Учитывая, что все беременные автоматически являются застрахованными бесплатно, независимо от статуса, а также что семейным медсестрам во всех ФАП и ГСВ, где нет семейного врача, разрешено выписывать льготные рецепты, это исключительно низкие охваты доступности льготного лекарственного обеспечения для беременных.

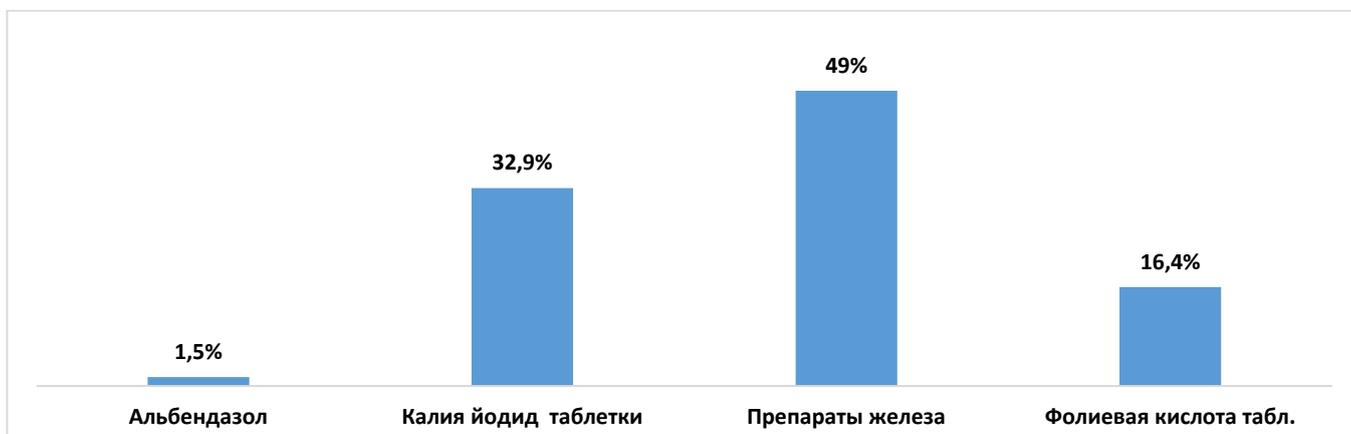
Рисунок 34. Доля беременных, получивших льготный рецепт от общего кол-ва зарегистрированных, 2022, %



Кроме того, анализ базы данных выписанных рецептов ФОМС за 2022 год при беременности показывает существенную разницу между выписанными рецептами врачами и отпущенными из аптечной сети. Эта разница составляет около 30%, это говорит о том, что треть беременных женщин не приобретают в аптечной сети выписанные врачом или медсестрой ЛС по льготной цене.

Наиболее часто выписывают беременным препараты железа -49%, фолиевой кислоты -16% и калия йодида -33% от общего количества выписанных ЛС для беременных. Средний уровень возмещения препаратов, отпущенным при беременности составил 44%. Это означает, что беременные оплачивали из кармана в среднем около 56% от розничной стоимости лекарства.

Рисунок 35. Доля ЛС, об общего количества выписанных рецептов при беременности, %



Причины низкого охвата льготными лекарствами беременные женщины объясняли: 1) отсутствием аптечной сети, отпускающих льготные лекарства в селах, где они проживают; им приходится далеко ехать в аптеку, чаще всего в районный центр или город; 2) относительно недорогие выписываемые лекарства, они могут сами купить за полную стоимость, например, Фолиевая кислота – стоимость 50 таблеток от 30-50 сом.

Согласно рекомендациям по ведению беременных, по показаниям должны назначаться антиагреганты – ацетилсалициловая кислота, однако для беременных выписывание данного препарата не включено в рамки льготного выписывания лекарств.

Ключевые выводы:

- Базовый пакет гарантированных услуг на ПМСП доступен всему населению, однако не может реализовываться в полной мере в рамках существующих механизмов финансирования и текущей системы предоставления услуг из-за недостатка кадровых ресурсов, обеспеченности диагностическим и лабораторным оборудованием, лекарственными средствами
- Существующая модель ПМСП, предоставляющая услуги на разных уровнях и несовершенная система перенаправлений по приоритетным состояниям усложняет маршруты пациентов при получении необходимых услуг и оставляет их в уязвимой ситуации, поскольку они вынуждены вносить сооплату или нести расходы из собственного кармана за гарантированные базовые услуги. Полученные данные настоящего исследования подчеркивают важность этого и требуют дальнейшей отдельной оценки.
- Лабораторно-диагностические услуги на ПМСП в рамках ПГГ не полностью соответствуют требованиям КР/КП и могли бы предоставляться в рамках дополнительного пакета услуг ПГГ застрахованным лицам по льготной цене, но не проводится из-за отсутствия ресурсов у ПМСП.
- Уровень зарегистрированных больных ГБ остается низким - 4,4% в 2022 году, хотя ряд исследований показывает уровень распространенности ГБ на уровне более 30%. На фоне снижения уровней распространенности и заболеваемости ГБ отмечается рост уровня смертности от ГБ и его осложнений. Имеется недостаточный охват услугами при ведении больных с ГБ в соответствии с утвержденными рекомендациями, не все рекомендованных диагностические и лабораторные исследования проводятся регулярно, несмотря на то что ПМСП имеют возможности. Охват льготной программой лекарственного обеспечения также недостаточный, только 70% пациентов обращались за льготными лекарствами и не все рекомендованные ЛС включены в льготный перечень. Также отмечается низкая приверженность пациентов постоянно принимать лекарства.
- Анализ амбулаторных карт по ведению БА в отобранных ОЗ показывает очень низкий охват необходимыми услугами по диагностике и ведению БА на ПМСП. Обязательные виды диагностики не выполняются из-за отсутствия диагностического оборудования, необходимых тестов и реактивов в лабораториях. Скорее всего, это является основной причиной высокой госпитализации в стационары в связи с осложнениями БА.
- Отмечается высокий уровень госпитализаций при СД, так стационарное лечение получают примерно третья часть зарегистрированных пациентов с СД, при этом наблюдается высокий уровень осложнений СД. Лабораторно-инструментальное обследование больных с СД 2 типа проводятся также в неполном объеме и не соответствуют утвержденным рекомендациям. Несмотря на то, что в 2020 году исследования на гликированный гемоглобин для пациентов с СД были включены в базовый пакет бесплатных услуг ПГГ, при этом уровень охвата также остается недостаточный, определение гликированного гемоглобина один раз в год проводилось в менее половины изученных случаях - 47%. Утвержденные нормы отпуска льготных ЛС при СД не способствуют постоянному контролю СД.
- При ведении беременности все медицинские услуги на амбулаторном уровне оказываются согласно клинического протокола, но несмотря на высокие показатели статистики по

получению женщинами необходимых исследований и ЛС, есть определенные проблемы доступности этих услуг на ПМСП. Не все необходимые исследования проводятся на уровне ПМСП, охват беременных, который покупали лекарства по льготной цене менее трети - 27,6%.

- Сеть аптек, отпускающая льготные рецепты недостаточно развита, особенно это отражается на пациентах, проживающих в отдалённых селах.

5. Предварительные рекомендации

Структура ПМСП

- В структуре ЦСМ необходимо определить организационную структуру ПМСП исходя из базового пакета услуг ПМСП и четко определить какие из услуг на каком уровне предоставляются (ЦОВП/ЦСМ, ГСВ, ФАП);

- ПМСП должна быть привлекательной для населения, это требует улучшения потенциала и ресурсов ПМСП, чтобы обеспечить всеобщий доступ к базовым медицинским услугам, всем лабораторно - диагностическим исследованиям в соответствии с КР/КП на уровне ПМСП.

Пакет услуг ПМСП

- Пересмотреть и дать чёткое определение пакету гарантий ПМСП, приведя его в соответствие с медицинскими потребностями населения, КР/КП;

- Расширить базовый пакет ПМСП профилактическими услугами, в том числе услугами по обучению населения;

- Более детализировать услуги в ПГГ по приоритетным заболеваниям, и согласовать доступность бесплатных лабораторно диагностических услуг с утверждёнными клиническими протоколами;

- Четко разграничить услуги ПМСП от специализированных услуг, амбулаторные специализированные услуги не в услугах ПМСП, а как отдельные специализированные амбулаторные услуги, предоставляемые КДО;

- Включить в базовый пакет ПМСП поэтапно услуги социального и психологического характера;

- Разработать надёжную систему регулярного мониторинга использования услуг и доступа к ним для населения в соответствии с ПГГ на всех уровнях ПМСП, чтобы обеспечить соблюдение бесплатности гарантированных услуг ПГГ всем пациентам.

Внедрение маршрутов пациентов внутри ПМСП, к амбулаторной специализированной и госпитальной помощи

- Оценить существующие маршруты пациентов по наиболее частым нозологиям: систему направления и услуги на разных уровнях (гарантированные, платные);

- Разработать четкие маршруты пациента внутри организации ПМСП (обращение пациентов за услугами ПМСП к семейному врачу, направление пациентов семейным врачом (или семейной медсестрой) на консультации к узким специалистам и (или) диагностические исследования, направление пациентов в другие организации здравоохранения, взаимодействие и обратная связь между ПМСП и стационарами);

- Для достижения необходимых конечных результатов внедрить маршруты пациентов, чтобы пациенты получили, соответственно с потребностями, нужные услуги должным образом от нужных

людей в нужном месте и в нужное время;

- Информирование населения о новых маршрутах внутри и за пределами ПМСП, а также информирование населения о гарантированных им льготах и компенсациях на уровне ПМСП, которые помогли бы пациентам понимать свои права и иметь возможность требовать обещанные гарантии и льготы;

- Усилить внедрение электронной записи к семейному врачу и к узкому, только по направлению семейного врача.

Специалисты ПМСП

- Четко разделить функционал семейной медсестры, семейного врача с учетом базового пакета услуг ПМСП;

- Усилить кабинеты сестринского приема и роль медсестры с приданием ей большей автономии и ответственности в профилактической работе с населением и с пациентами НИЗ;

- Исключить из состава команды ПМСП узких специалистов, так как они оказывают медицинскую помощь специализированного уровня и относятся к структуре КДО. Это позволит семейным врачам оказывать более расширенные услуги и увеличить доступность к их услугам в рамках ПГГ на бесплатной основе не только приписанному населению, а также пациентам из других ЦСМ;

- Среднее количество посещений на одного семейного врача на всех уровнях ПМСП включить как один из параметров для дополнительных выплат семейным врачам.

6. Приложения

Приложение 1. Некоторые показатели по КР и отобранным районам

Среднегодовая численность постоянного населения, по КР и отобранным районам, 2022 г.
(тыс. чел.)

Регионы	Все население	в том числе	
		городское	сельское
Кыргызская Республика	6975,2	2424,7	4550,5
Иссык-Кульская область	536,1	146,2	389,9
Иссык-Кульский район	98,1	12,6	85,5
Тонский район	59,9		59,9
Ошская область	1448,0	105,1	1342,9
Алайский район	92,2	-	92,2
Узгенский район	288,6	62,1	226,5
г. Бишкек	1129,4	1123,3	6,1
г. Ош	355,9	318,6	37,3

Показатели заболеваемости и отпуска льготных ЛС по 4 состояниям в отобранных районах

ОЗ	Общее число больных с ГБ	% пациентов с ГБ, получивших льготные рецепты	Общее число больных с СД	% пациентов с СД, получивших льготные рецепты	Общее число больных с БА	% пациентов с БА, получивших льготные рецепты	Общее число беременных, состоящих на учете в течение года	% беременных, получивших льготные рецепты
ЦСМ Бишкек	35482	52,5	17139	34,1	3581	77,3	29679	38,1
ЦОВП Иссык-Кульского р-на	1828	50,2	877	37,4	154	60,4	2115	15,4
ЦОВП Тонского р-на	1810	66,4	663	34,5	156	69,9	1138	30,8
ЦСМ г.Ош	8316	68,2	4371	25,1	217	70,5	13473	36,5
ЦОВП Алайского р-на	2248	120,0	617	34,4	27	237,0	1903	33,1
ЦОВП Узгенского р-на	3217	52,4	1829	8,9	58	236,2	9296	17,3

Процент укомплектованности и коэффициент совместительства семейных врачей и медсестер, по КР и выбранным районам, 2022г.

ОЗ	% укомплектованности семейными врачами	Коэффициент совместительства	% укомплектованности семейными медицинскими и сестрами	Коэффициент совместительства
КР	77,6	1,3	90,6	1,1
ЦСМ Бишкек	95,5	1,2	87,4	1,7
ЦОВП Иссык-Кульского р-на	82,7	1,3	98,3	1,0
ЦОВП Тонского р-на	88,0	1,3	88,0	1,0
ЦСМ г.Ош	91,3	1,1	81,5	1,2
ЦОВП Алайского р-на	68,7	2,9	98,9	1,5
ЦОВП Узгенского р-на	51,3	13,3	93,3	1,1

Приложение 2. Перечень бесплатных лабораторных и диагностических исследований на ПМСП, включенных в ПГГ³¹

Базовые исследования	Доступность в посещенных организациях	Комментарии
Общий анализ крови	Доступен в ГСВ	Проводится без уточнения количества параметров (3 или 6 параметров), вследствие чего часто пациенты вне ГСВ проходят развернутый общий анализ крови с лейкоформулой на платной основе
Общий анализ мочи и микроскопия мочевого осадка	Доступен в ГСВ	Проводится во всех лабораториях ПМСП, в том числе отдаленных ГСВ
Микроскопия уретрального мазка	Доступен в ЦСМ/ЦОВП	Проводят все лаборатории
Микроскопия вагинального мазка	Доступен в ЦСМ/ЦОВП	Проводят все лаборатории
Анализ мокроты (микроскопия мазка)	Проводится забор в ЦСМ/ЦОВП и направляется в лабораторию туб больницы	Отмечены проблемы с доставкой материала, медсестры самостоятельно в общественном транспорте производят доставку, либо с некоторых пациентов неформально взимается плата на транспортные расходы
Определение сахара в крови	Доступен в ГСВ	
Определение сахара в моче по тест-полоске	Не доступен	Не закупаются тесты для определения сахара в моче
Определение холестерина в крови	Доступен в ЦСМ/ЦОВП	Определение холестерина ЛПВП и холестерина ЛПНП не проводится, направляют в частные лаборатории
Электрокардиограмма	Доступен в ГСВ	Не все отдельные ГСВ имеют в наличии, Согласно рекомендаций необходимо проводить исследование на 12 канальном ЭКГ, все ЦСМ имеют 6 канальный ЭКГ.
Определение гликированного гемоглобина в крови (пациентам с сахарным диабетом - 1 раз в год)	Доступен в ЦСМ/ЦОВП	Проводится один раз в год больным с сахарным диабетом, необходимо проведение 4 раза в год в соответствии с утверждёнными рекомендациями
Анализ мочи на бактериурию методом окраски по Граму (женщинам в первом триместре беременности)	С 2023 года на уровне ЦСМ/ЦОВП начали проводить бактериурию методом по Граму Бактериальный посев проводится вне ПМСП в лабораториях службы Санэпиднадзора (СЭС)	Не все ЦСМ имеют договор с лабораторией СЭС, поэтому проводится на платной основе

³¹ В редакции постановлений Правительства КР от 7 сентября 2018 года № 420, 30 декабря 2020 года № 636

7. Использованная литература

1. Постановление Правительства Кыргызской Республики «Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью», в редакции от 30.12.2020г. № 636, от 27.01.2021г. № 26;
2. Ежегодные статистические сборники ЦЭЗ «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения»;
3. Приказ МЗКР № 1208 от 30.12.2017г. «Об утверждении базового пакета услуг первичной медико-санитарной помощи, предоставляемых специалистами семейной медицины»;
4. Приказ МЗКР от 30.12.2017г. №1263 «Об утверждении рекомендуемых типовых штатов медицинского и немедицинского персоналов по г. Бишкек»;
5. Приказ МЗКР №902 от 27.07.2022г. «Об утверждении должной инструкции семейного врача и медицинской сестры»;
6. Постановление Правительства КР от 6.06.2018г. № 274 «Перечень жизненно-важных лекарственных средств и медицинских изделий»;
7. Приказ МЗКР от 14.03.2023г. «Об утверждении справочника и размера компенсации лекарственных средств, возмещаемых по Дополнительной Программе ОМС и Программе государственных гарантии амбулаторном уровне»;
8. Приказ МЗКР от 14.04.2023г. №443 «Об утверждении порядка приписки населения КО к группам семейных врачей»;
9. Клинические протоколы по пульмонологии для первичного и вторичного уровней здравоохранения в КР (Приказ МЗКР от 20.12.2019г. №1129);
10. Приказ МЗ КР №52 от 01.02.2019г. «Об утверждении штатных нормативов медицинского и немедицинского персонала в системе ПМСП»;
11. Приказ МЗКР от 10.03.2023г. №258 «Алгоритм ведения больных с сахарным диабетом 2 (PEN 2)»;
12. Приказ МЗ КР от 23.12.2016г. №927 «Клинический протокол «Гипертоническая болезнь у взрослых»;
13. Приказ МЗ КР от 04.04.2018г. №243 «Клиническое руководство по ведению физиологической беременности»;
14. Отчёт по итогам миссии: техническая поддержка Целевой группе по ПМСП в Кыргызстане, ВОЗ. (англ. «Mission report: Technical Support for the PHC Task Force in Kyrgyzstan»), 2022г.;
15. Молдоисаева С. Калиев М., Сыдыкова А., Joana Medureira Lima и др. Обзор системы здравоохранения. Кыргызстан, ВОЗ. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2022г.;
16. Бальоне К., Темиров А., Джамансариев А., Абдраимова А. Международная институциональная консультация по разработке модели финансирования для сокращения расходов из собственного кармана на услуги ПМСП среди малоимущих семей в Кыргызской Республике. Ситуационный анализ (англ. «International institutional consultancy to develop a financing model

for the reduction of out-of-pocket expenses on quality primary healthcare services for Low-income families in the Kyrgyz Republic. Situation analysis v1»), 2022г.;

17. Центр анализа политики здравоохранения. Оценка эффективности системы оплаты на уровне ПМСП в Кыргызской Республике (англ. «Assessment of the effectiveness of the payment system at the PHC level in the Kyrgyz Republic»), 2022г.;
18. Джакаб М., Смит Б., Саутенкова Н., Абдраимова А., Темиров А., Кадыралиева Р. и др. Улучшенные результаты лечения неинфекционных заболеваний: вызовы и возможности для систем здравоохранения. Страновая оценка Кыргызстана с акцентом на сердечно-сосудистые заболевания (англ. «Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems. Kyrgyzstan country assessment: focus on cardiovascular disease»). Копенгаген. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014г.;
19. Всемирная организация здравоохранения. Астанинская декларация: глобальная конференция по вопросам первичной медико-санитарной помощи: Астана, Казахстан, 25 и 26 октября 2018г.; Всемирная организация здравоохранения, 2019г.; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>