

Системы здравоохранения: время перемен

Том 13 № 3 2011

# Кыргызстан

Обзор системы здравоохранения

Айнура Ибраимова • Бактыгуль Акказиева  
Айбек Ибраимов • Элина Манжиева  
Бернд Речел

Европейская

**обсерватория**

по системам и политике здравоохранения



Ответственными за подготовку настоящего обзора являются Бернд Речел (редактор) и Мартин Мак-Ки (редактор серии)

## **Редакционная коллегия**

---

### **Главный редактор**

Элиас Моссиалос, Лондонская школа экономических и политических наук, Соединенное Королевство

### **Редакторы серии**

Райнард Буссе, Берлинский технический университет, Германия

Джозеп Фигерас, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Мартин Мак-Ки, Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство

Ричард Солтман, Университет Эмори, США

### **Редакционный коллектив**

Сара Аллин, Университет Торонто, Канада

Мэтью Гаскинс, Берлинский технический университет, Германия

Кристина Хернандес Кеведо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Анна Марессо, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Дэвид МакДейд, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Шерри Меркур, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Филипа Младовски, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Эрика Ричардсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Сара Томсон, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Иваут ван Гиннекен, Берлинский технический университет, Германия

### **Международный консультативный комитет**

Тит Альбрехт, Институт общественного здравоохранения, Словения

Карлос Альварес-Дардет Диаз, Университет Аликанте, Испания

Рифат Атун, Глобальный Фонд, Швейцария

Йохан Каллторп, Северная школа общественного здравоохранения, Швеция

Армин Фидлер, Всемирный банк

Коллин Флад, Университет Торонто, Канада

Петер Гаал, Университет Земельвейса, Венгрия

Унто Хаккинен, Центр экономики здравоохранения при Национальном центре изучения и развития социального обеспечения и здравоохранения (Stakes), Финляндия

Уильям Хсюэ, Гарвардский университет, США

Алан Красник, Университет Копенгагена, Дания

Джозеф Кутцин, Европейское региональное бюро ВОЗ

Сунман Куон, Национальный университет Сеула, Республика Корея

Джон Лэйвис, Университет МакМастера, Канада

Вивьен Лин, Университет Ла Троб, Австралия

Грег Марчилдон, Университет Риджайны, Канада

Алан Мэйнард, Университет Йорка, Соединенное Королевство

Ната Менабде, ВОЗ

Эллен Нолте, Корпорация Rand, Соединенное Королевство

Чарльз Норманд, Университет Дублина, Ирландия

Робин Осборн, The Commonwealth Fund, США

Доминик Полтон, Национальная касса страхования на случай временной нетрудоспособности наемных работников (CNAMTS), Франция

София Шлетте, Health Policy Monitor, Германия

Игорь Шейман, Высшая школа экономики, Россия

Питер К. Смит, Королевский колледж, Соединенное Королевство

Уайнанд П.М.М. ван де Вен, Университет Эразмус, Нидерланды

Витольд Затонски, Мемориальный онкологический центр им. Марии Склодовской-Кюри, Польша

# Системы здравоохранения: время перемен

*Айнура Ибраимова, Европейское региональное бюро ВОЗ и проект «Качество улучшения здоровья населения в Централь-но-Азиатском регионе»*

*Бактыгуль Акказиева, Центр анализа политики здравоохранения*

*Айбек Ибраимов, Центр анализа политики здравоохранения*

*Элина Манжиева, Центр анализа политики здравоохранения*

*Бернд Речел, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения*

## Кыргызстан:

Обзор системы здравоохранения  
2011



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

## Ключевые слова:

# ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДОРОВЬЕ РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление КЫРГЫЗСТАН

© Всемирная организация здравоохранения, 2011 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/en/pubrequest>).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные

границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

## Ссылка на исходный документ:

Ibraimova A, Akkazieva B, Ibraimov A, Manzhieva E, Rechel B.  
Kyrgyzstan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011;  
13(3):1–152.

# Содержание

<b>Предисловие</b> .....	<b>v</b>
<b>Благодарности</b> .....	<b>vii</b>
<b>Список сокращений</b> .....	<b>ix</b>
<b>Список таблиц и рисунков</b> .....	<b>xi</b>
<b>Аннотация</b> .....	<b>xiii</b>
<b>Основные положения</b> .....	<b>xv</b>
<b>1. Введение</b> .....	<b>1</b>
1.1 География и социодемография .....	1
1.2 Экономика .....	3
1.3 Политика .....	5
1.4 Состояние здоровья .....	8
<b>2. Организация и управление</b> .....	<b>15</b>
2.1 Обзор системы здравоохранения .....	15
2.2 Историческая справка .....	18
2.3 Организационная структура .....	21
2.4 Децентрализация и централизация .....	31
2.5 Планирование .....	33
2.6 Медицинские информационные системы .....	34
2.7 Регулирование .....	36
2.8 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения .....	38
<b>3. Финансирование</b> .....	<b>43</b>
3.1 Потоки денежных средств .....	43
3.2 Расходы на здравоохранение .....	46
3.3 Охват населения и право на медицинское обслуживание .....	50
3.4 Сбор и источники финансовых средств .....	55
3.5 Объединение финансовых средств .....	56

3.6 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками . . . . .	60
3.7 Механизмы оплаты . . . . .	62
<b>4. Материальные и трудовые ресурсы . . . . .</b>	<b>69</b>
4.1 Материальные ресурсы . . . . .	69
4.2 Трудовые ресурсы . . . . .	76
<b>5. Предоставление медицинских услуг . . . . .</b>	<b>87</b>
5.1 Общественное здравоохранение . . . . .	87
5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения . . . . .	90
5.3 Первичная/амбулаторная помощь . . . . .	91
5.4 Вторичная и третичная помощь . . . . .	95
5.5 Скорая медицинская помощь . . . . .	98
5.6 Лекарственная помощь . . . . .	99
5.7 Паллиативная помощь . . . . .	104
5.8 Охрана психического здоровья . . . . .	104
5.9 Стоматологическая помощь . . . . .	108
5.10 Народная медицина . . . . .	109
5.11 Медицинское обслуживание особых групп населения . . . . .	109
<b>6. Основные реформы в области здравоохранения . . . . .</b>	<b>111</b>
6.1 Анализ последних реформ . . . . .	111
6.2 Перспективы развития . . . . .	136
<b>7. Оценка системы здравоохранения . . . . .</b>	<b>139</b>
7.1 Финансовая защита . . . . .	140
7.2 Доступность и равенство в потреблении медицинских услуг . . . . .	144
7.3 Эффективность распределения ресурсов в здравоохранении . . . . .	148
7.4 Прозрачность и отзывчивость . . . . .	150
7.5 Качество медицинской помощи . . . . .	154
<b>8. Заключение . . . . .</b>	<b>159</b>
<b>9. Приложения . . . . .</b>	<b>163</b>
9.1 Библиография . . . . .	163
9.2 Принципиальное законодательство . . . . .	167
9.3 Полезные интернет-ссылки . . . . .	168
9.4 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» . . . . .	169
9.5 Сведения об авторах . . . . .	171

## Предисловие

Каждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Эти обзоры составляют местные специалисты в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработан единый формат обзора – подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Этот формат периодически пересматривается.

Цель обзоров «Системы здравоохранения: время перемен» состоит в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения в странах Европы. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг, а также роли основных участников систем здравоохранения;
- описать организационную структуру, а также процессы подготовки и реализации программ реформ здравоохранения и их содержание;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те разделы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам разных стран инструмент для распространения сведений о системах здравоохранения и обмена опытом по стратегии их реформ;
- помочь другим исследователям и разработчикам в проведении более глубокого сравнительного анализа в сфере управления здравоохранением.

Составление обзоров сопряжено с рядом методологических трудностей. Во многих странах информации о системах здравоохранения и результатах их реформ относительно мало. Из-за отсутствия единой базы данных количественные показатели приходится получать из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, национальные органы статистики, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), Евростат, Международный валютный фонд (МВФ), Всемирный банк и ряд других источников, которые авторы посчитали релевантными. И хотя методы и определения, касающиеся сбора данных, могут несколько отличаться, в рамках каждой серии обзоров они обычно согласуются между собой.

Наряду с преимуществами составление обзоров в едином формате имеет и ряд недостатков, поскольку в разных странах системы финансирования и предоставления медицинских услуг различны. Преимущества же состоят в том, что единый формат позволяет проанализировать, как одни и те же вопросы и проблемы решаются в разных странах. Обзоры «Системы здравоохранения: время перемен» могут стать полезным источником информации для тех, кто разрабатывает политику и стратегию в области здравоохранения в своей стране. Кроме того, их можно использовать для сравнительного анализа систем здравоохранения. Выпуск этих обзоров продолжается, и их материалы регулярно обновляются.

Все замечания и предложения по дальнейшим разработкам в данной области, а также по усовершенствованию обзоров просьба направлять по адресу электронной почты: [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

Обзоры и краткие справки «Системы здравоохранения: время перемен» можно найти на веб-сайте Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения: [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory). Глоссарий терминов, используемых в обзорах, находится по адресу: [www.healthobcervatory.eu](http://www.healthobcervatory.eu)



## Благодарности

Обзор «Системы здравоохранения: время перемен» по Кыргызстану подготовлен Айнурой Ибраимовой (консультант ВОЗ), Бактыгуль Акказиевой (Центр анализа политики здравоохранения), Айбеком Ибраимовым (Центр анализа политики здравоохранения), Элиной Манжиевой и Берндом Речелом (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Документ редактировал Бернд Речел (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Научным руководителем, ответственным за его подготовку, был Мартин Мак-Ки.

Данный обзор подготовлен на основе предыдущих обзоров по Кыргызстану (2005 г.) и национальной программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими». Программу «Манас Таалими» разработала рабочая группа Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (Министерство здравоохранения), которую возглавляла Айнура Ибраимова, будучи заместителем министра здравоохранения и директором Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Европейская обсерватория по системам здравоохранения и политике выражает благодарность Шиле О’Догерти, Мелите Якаб и Асель Саргалдаковой за рецензирование данного документа.

Авторы благодарят Министерство здравоохранения и его организации, в том числе Фонд обязательного медицинского страхования, за предоставленную информацию и ценные комментарии по предыдущим рабочим вариантам документа. Авторы особенно признательны Болоту Элебесову, Любови Комаревской, Ларисе Мурзакаримовой и Марьям Джанкорозовой, которые предоставили статистические данные и другие материалы. Благодарность также выражается Катерине Футман за предоставленные данные из базы данных Показателей мирового развития.

Серия обзоров по системам здравоохранения стран переходного периода подготовлена сотрудниками Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения и правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Словении, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономических и политических наук (LSE), а также Лондонской школой гигиены и тропической медицины (LSHTM). Коллективом обсерватории руководят ее директор Джозеп Фигерас и содиректор Элиас Моссиалос, а также научные руководители отделений обсерватории Мартин Мак-Ки, Райнард Буссе и Ричард Солтман. Производственный процесс и редактирование обзора координировался Джонатаном Нортон при поддержке Каролайн Уайт и Аки Хедиган.

Особую благодарность авторы выражают Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех», Европейской комиссии за данные по медицинским услугам в странах Западной Европы из базы данных «ЕВРОСТАТ»; ОЭСР за данные по странам Восточной Европы и Всемирному банку – за данные по расходам на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Благодарность также выражается национальным статистическим органам, которые предоставляли данные. Данный обзор и приведенные в нем сведения основаны на доступной информации и характеризуют ситуацию, сложившуюся к январю 2011 г.

# Список сокращений

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВТО	Всемирная торговая организация
ГАВИ	Глобальный альянс по вакцинации и иммунизации
ГСВ	Группа семейных врачей
ГСЭН	Государственный санитарно-эпидемиологический надзор
ДГСЭН	Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ДЛОИМТ	Департамент лекарственных средств и медицинской техники
ДСВЗ	Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья»
ЕС-15	Страны Европейского союза до мая 2004 года
КЗГ	Клинико-затратная группа
КР	Кыргызская Республика
ЛС	Лекарственные средства
МКБ-10	10-й пересмотр международной классификации болезней
НДС	Налог на добавленную стоимость
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ООб	Областные объединенные больницы
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПГГ	Программа государственных гарантий по обеспечению граждан КР медицинской помощью
ПЖВЛС	Перечень жизненно важных лекарственных средств
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППС	Паритет покупательной способности
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РМИЦ	Республиканский медицинский информационный центр
СВА	Сельские врачебные амбулатории
СКЗ	Сельские комитеты здоровья
СНГ	Союз Независимых Государств
Соцфонд	Социальный фонд Кыргызской Республики
СУБ	Сельские участковые больницы
ФАП	Фельдшерско-акушерский пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЦАРК	Центральноазиатские республики и Казахстан
ЦГСЭН	Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ЦРТ	Цели развития тысячелетия

ЦОВП	Центр общей врачебной практики
ЦСМ	Центр семейной медицины
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮСАИД	Агентство международного развития США
DFID	Департамент по международному развитию Великобритании
DOTS	Краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением
KfW	Немецкий банк развития
MeTA	Проект Альянса по прозрачности медикаментов
SDC	Швейцарское агентство развития и сотрудничества
SIDA	Шведское агентство международного развития и сотрудничества
SWAp	Широкосекторальный подход

# Список таблиц и рисунков

## Таблицы

Таблица 1.1	Население/демографические показатели, 1990–2009 гг. (отдельные годы)	3
Таблица 1.2	Макроэкономические показатели, 1990–2009 гг. (отдельные годы)	4
Таблица 1.3	Показатели смертности (оценочные показатели Всемирного банка), 1980–2009 гг. (отдельные годы)	8
Таблица 1.4	Основные причины смертности, стандартизированные показатели смертности всех возрастных категорий на 100 000 населения, 1990–2009 гг. (отдельные годы)	11
Таблица 1.5	Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте, 2004–2009 гг.	12
Таблица 3.1	Общие расходы на здравоохранение, 2000–2008 гг. (отдельные годы)	47
Таблица 3.2	Тенденции расходов на здравоохранение, 2003–2007 гг.	48
Таблица 4.1	Обеспеченность медицинским персоналом (на 100 000 населения), 1990–2007 гг. (отдельные годы)	76
Таблица 4.2	Обеспеченность врачами и медицинскими сестрами по регионам страны (на 100 000 населения), 2009 г.	80
Таблица 7.1	Финансовые и географические барьеры к доступу, 2000–2006 гг. (отдельные годы)	146
Таблица 7.2	Уровень осведомленности населения о правах, 2006 и 2009 гг.	153
Таблица 7.3	Уровень удовлетворенности пациентов при получении стационарной помощи, 2004 и 2006 гг.	153

## Рисунки

Рис. 1.1	Карта Кыргызстана	2
Рис. 1.2	Показатель младенческой смертности (на 1000 живорождений), 1991–2009 гг.	9
Рис. 1.3	Заболеемость и смертность от туберкулеза (на 100 000 населения), 2001–2009 гг.	11
Рис. 1.4	Новые зарегистрированные случаи ВИЧ, 2003–2009 гг.	13
Рис. 2.1	Организационная структура здравоохранения	23
Рис. 2.2	Организационная структура Министерства здравоохранения	26
Рис. 3.1	Финансовые потоки в системе здравоохранения	44
Рис. 3.2	Общие расходы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (% ВВП), 2008 г., расчеты ВОЗ	49
Рис. 3.3	Общие расходы на здравоохранение в Кыргызстане, странах ЦАР, СНГ и ЕС-15 (% ВВП), 1998–2008 гг. (расчеты ВОЗ)	50
Рис. 3.4	Общие подушевые расходы здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ (долл. США, ППС), 2008 г. (расчеты ВОЗ)	51

Рис. 3.5	Государственные расходы здравоохранения в % от общих расходов здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. (расчеты ВОЗ)	52
Рис. 3.6	Охват населения в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ)	53
Рис. 3.7	Структура общих расходов на здравоохранение по источникам, 2000–2008 гг.	55
Рис. 3.8	Государственные и частные подушевые расходы на здравоохранение, 2000–2008 гг. (в постоянных ценах 2000 г., сомы)	56
Рис. 3.9	Аккумуляция средств и охват населения, 1991 г.	57
Рис. 3.10	Аккумуляция средств и охват населения, 2008 г.	59
Рис. 4.1	Обеспеченность койками по типам больниц: больницы краткосрочного лечения, психиатрические больницы, дома сестринского ухода и дома престарелых, Кыргызстан, 1990–2008 гг. (на 100 000 населения)	70
Рис. 4.2	Средняя продолжительность пребывания в стационаре, только больницы краткосрочного лечения, Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	71
Рис. 4.3	Занятость койки, только больницы краткосрочного лечения, Кыргызстан, ЦАРК и СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	72
Рис. 4.4	Обеспеченность койками в стационарах краткосрочного лечения (на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	72
Рис. 4.5	Обеспеченность врачами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	77
Рис. 4.6	Обеспеченность медсестрами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	77
Рис. 4.7	Обеспеченность врачами и медсестрами (физические лица на 100 000 населения), страны Европейского региона ВОЗ, 2009 г. (или данные за последний год)	78
Рис. 4.8	Обеспеченность стоматологами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	79
Рис. 4.9	Обеспеченность фармацевтами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.	79
Рис. 5.1	Число врачебных посещений на одного человека в год, страны Европейского региона ВОЗ, 2008 г. (или данные за последний год)	92
Рис. 6.1	Аккумуляция средств в системе единого плательщика, 2001–2004 гг.	114
Рис. 7.1	Доля расходов на здравоохранение в общих расходах домохозяйств, в процентах, 2003, 2006 и 2009 гг.	141
Рис. 7.2	Доля стационарных больных, осуществляющих неформальные платежи, 2001, 2004 и 2006 гг.	151

## Аннотация

**В** Кыргызстане широкомасштабные реформы здравоохранения проводятся в сложных социально-экономических и политических условиях. После приобретения независимости в стране были разработаны две основные программы реформирования здравоохранения: «Манас» (1996–2006 гг.) и «Манас Таалими» (2006–2010 гг.). Реализация программ реформирования предусматривала проведение комплексных структурных изменений в системе предоставления медицинской помощи, направленных на укрепление первичного звена здравоохранения, развития семейной медицины и реструктуризации больничного сектора. Совершенствования системы предоставления медицинской помощи осуществлялись по следующим направлениям: внедрение новых руководств клинической практики; улучшение в сфере медикаментозного обеспечения и использования лекарственных средств; повышение качества услуг в рамках приоритетных программ по материнскому и детскому здоровью, сердечно-сосудистым заболеваниям, туберкулезу и ВИЧ/СПИД; а также укрепление общественного здравоохранения и совершенствование медицинского образования. Программа развития здравоохранения на местном уровне осуществлялась с помощью вновь созданных органов – сельских комитетов здоровья, работа которых нацелена на проведение мероприятий по укреплению здоровья и создание условий для повышения ответственности самого человека и местного сообщества за состояние здоровья. Реформирование системы финансирования здравоохранения предусматривало введение разделения функций покупателя и производителя и создание системы «единого плательщика», ответственного за закупку медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий предоставления медицинской помощи (ПГГ). Ответственность за закупку медицинских услуг была возложена на Фонд обязательного медицинского страхования

(ФОМС), в котором объединяются поступления из государственного бюджета и средства обязательного медицинского страхования. Средства аккумулируются на национальном уровне с 2006 г., до этого аккумулирование происходило на областном уровне. Переход от аккумулирования средств с областного уровня на национальный позволил ФОМС более справедливо распределять средства между ПГГ и Программой дополнительного лекарственного обеспечения. В 1990-х и начале 2000-х гг. наблюдалась тенденция сокращения потребления медицинских услуг как в секторе первичной помощи, так и в стационарном секторе. Однако в настоящее время происходит рост потребления медицинских услуг в обоих секторах. Наблюдаются тенденции сокращения межрегионального неравенства в доступности медицинской помощи, повышения финансовой защиты и сокращения неформальных платежей. Однако в будущем потребуются предпринять еще больше усилий для решения этих задач.



## Основные положения

### Введение

**К**ыргызстан – республика в Центральной Азии, не имеющая выхода к морю, по размеру почти вдвое больше таких стран, как Венгрия или Португалия. Кыргызстан – горная страна, в которой почти 90% территории находится на высоте 1500 м над уровнем моря. В 2009 г. население страны составило 5,3 млн человек, 64% которого проживают в сельской местности. Население является молодым, 29% жителей в возрасте 14 лет или младше. С распадом Советского Союза в 1991 г. Кыргызстан приобрел независимость. Начало 1990-х гг. характеризовалось резким снижением экономической активности, но экономический рост возобновился в 2000-х гг. Уровень бедности снижается, однако в 2007 г. еще оставался на уровне 27% (в качестве порога бедности принимался уровень, равный 2,15 долл. США в день). В 2005 г. в Кыргызстане свершилась «тюльпановая революция», которая привела к отставке президента Акаева. Общественное недовольство политикой президента Бакиева привело к его свержению в апреле 2010 г. и к беспорядкам на юге Кыргызстана. С приходом к власти временного правительства был взят курс на введение парламентской системы государственного управления. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности. В Кыргызстане также очень высокие показатели младенческой и материнской смертности, сохраняются высокие показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза, возрастает заболеваемость ВИЧ/СПИД.

### Организация и управление

К полномочиям Министерства здравоохранения относятся разработка государственной политики здравоохранения, администрирование программ высоких технологий, непосредственное руководство организаци-

ями третичного уровня, а также психиатрической, туберкулезной, онкологической службами, не вошедшими в систему единого плательщика. До внедрения реформ государственное управление системой здравоохранения было фрагментировано по четырем уровням: республиканский, областной, районный и городской, обслуживание населения дублировалось. На каждом из четырех уровней выполнялись основные функции системы здравоохранения: сбор поступлений, аккумуляция средств, закупка медицинских услуг, а также предоставление помощи. Одним из ключевых элементов реформирования системы финансирования здравоохранения стало аккумуляция средств на областном уровне с целью улучшения объединения рисков, преодоления дублирования на разных уровнях и разрыва интеграции функций финансирования и предоставления услуг, так как это способствовало поддержанию излишних мощностей. ФОМС является единым плательщиком в секторе здравоохранения. К его полномочиям относятся аккумуляция средств здравоохранения и закупка медицинских услуг. С 2009 г. ФОМС отделен от Министерства здравоохранения и подчиняется непосредственно правительству. ФОМС администрирует Программу государственных гарантий предоставления медицинской помощи (ПГГ) и Программу дополнительного лекарственного обеспечения населения при амбулаторном лечении. Кроме того, ФОМС несет ответственность за управление качеством медицинских услуг и развитие медицинских информационных систем. В соответствии с Законом «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» местные администрации в целом ответственны за систему здравоохранения на их территориях. Министерство здравоохранения координирует и контролирует их деятельность через координационные комиссии по управлению здравоохранением. Как наследие советского периода сохраняются параллельные системы здравоохранения, принадлежащие другим, помимо Министерства здравоохранения, министерствам и ведомствам. Дублирующие медицинские информационные системы также были унаследованы от советского периода, но в настоящее время они трансформированы в единую медицинскую информационную систему.

## **Финансирование**

Тремя основными источниками финансирования системы здравоохранения Кыргызской Республики являются: государственные средства

(бюджет и обязательное медицинское страхование), частные расходы домохозяйств (главным образом в форме личных платежей) и внешние средства, поступающие от международных организаций по развитию. В 2008 г. на частные расходы приходилась наибольшая доля расходов на здравоохранение (53,8%), за которыми следовало финансирование из государственного бюджета (32,7%), внешнее финансирование (9,5%) и обязательное медицинское страхование (4%). В 2008 г. общие расходы на здравоохранение составили 6,4% валового внутреннего продукта (ВВП). Уровень подушевого финансирования составлял в 2007 г. 46,6 долл. США. Реформирование системы финансирования здравоохранения предусматривало разделение функций поставщика и покупателя и создание Фонда обязательного медицинского страхования, выполняющего роль «единого плательщика» за медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГГ. Ответственность за закупку медицинских услуг закреплена за ФОМС, который выступает в качестве единого плательщика в государственной системе здравоохранения и объединяет как бюджетные средства, так и средства ОМС. С 2006 г. финансовые средства аккумулируются на национальном уровне, взамен ранее действовавшего объединения средств на областном уровне. Переход аккумулирования средств с областного на национальный уровень позволил ФОМС более справедливо распределять средства между ПГГ и программой дополнительного лекарственного обеспечения. В 2001 г. Программа государственных гарантий предоставления медицинской помощи была внедрена в пилотных областях, позже она была распространена на всю страну. Введение определенного бюджета выполнения ПГГ вместе с ФОМС позволило улучшить доступ к медицинским услугам для наиболее уязвимых категорий населения и повысить эффективность и прозрачность оказания медицинской помощи. Была изменена система оплаты медицинских учреждений и осуществлен переход от их финансирования в зависимости от имеющихся ресурсов к финансированию по результатам деятельности. Для амбулаторных учреждений была введена подушевая оплата, для стационарных – оплата по пролеченному больному.

## **Материальные и трудовые ресурсы**

В целях обеспечения соответствия инфраструктуры здравоохранения потребностям населения и имеющимся финансовым ресурсам первая

стадия реформ здравоохранения предусматривала проведение масштабной реструктуризации медицинских учреждений. В результате проведенной работы и изменения финансовых стимулов был значительно сокращен больничный сектор и расширены услуги ПМСП, предоставляемые населению по принципу семейной медицины. Сократилась средняя длительность госпитализации, увеличился уровень занятости койки.

С начала 1990-х гг. в стране значительно снизилась обеспеченность населения медицинскими кадрами, особенно медицинскими сестрами. В настоящее время эти показатели в Кыргызстане намного ниже средних уровней других стран ЦАРК, СНГ и ЕС-15. Одной из проблем кадровых ресурсов в Кыргызстане является их неравномерное региональное распределение. Городские районы укомплектованы лучше, чем сельские, где нехватка врачей иногда является критической. По сравнению с другими отраслями заработная плата медицинских работников остается довольно низкой, что приводит к недостаточной мотивации и низкому качеству оказываемой помощи, а также неформальным платежам. Это также делает профессию медика непривлекательной для выпускников школ и абитуриентов, что ведет к старению кадров здравоохранения. Все больше и больше медицинские работники мигрируют в пределах Кыргызстана или в другие страны.

## **Предоставление услуг**

Общественное здравоохранение в настоящее время реформируется с целью интегрирования служб формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля заболеваний. Несмотря на создание Республиканского центра формирования здорового образа жизни, Государственная санитарно-эпидемиологическая служба возглавила реформирование служб общественного здравоохранения. В первичном звене услуги в основном предоставляются групповыми практиками семейных врачей (ГСВ), центрами семейной медицины (ЦСМ) и ограниченным числом центров врачей общей практики (ЦВОП). В небольших селах и отдаленных районах с населением 500–2000 человек услуги ПМСП предоставляются фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП). Больничный сектор был реструктуризирован и сокращен. Мероприятия по укреплению служб скорой помощи включают анализ месторасположения станций скорой помощи и перевод отделений скорой помощи из

стационарных учреждений в ЦСМ. В стране принята Государственная лекарственная политика, утвержден Перечень жизненно важных лекарственных средств. В 2000 г. на пилотной основе ФОМС внедрил программу дополнительного лекарственного обеспечения. В рамках этой программы аптеки, заключившие контракт с ФОМС, реализуют застрахованным пациентам определенные лекарственные средства по сниженным ценам. С советского периода до настоящего времени не произведено каких-либо значительных изменений в психиатрической службе, в практике которой до сих пор преобладают устаревшие методы лечения в стационарах.

## **Основные реформы здравоохранения**

После приобретения независимости в Кыргызстане разработаны две основные программы реформирования здравоохранения: «Манас» (1996–2006 гг.) и «Манас Таалими» (2006–2010 гг.). В рамках программы «Манас» были начаты комплексные структурные изменения в системе предоставления медицинской помощи, финансировании и стратегическом управлении. Программа включала реформирование системы предоставления медицинской помощи с целью укрепления ПМСП, развития семейной медицины и реструктуризации больничного сектора. Основные достижения в области предоставления услуг включают: внедрение новых руководств клинической практики; улучшение в области лекарственного обеспечения и использования медикаментов; повышение качества помощи, предоставляемой в рамках приоритетных программ по материнскому и детскому здоровью, сердечно-сосудистым заболеваниям, туберкулезу и ВИЧ/СПИД; а также укрепление общественного здравоохранения и совершенствование медицинского образования. В рамках реализации программы «Манас» также произошли фундаментальные изменения в системе финансирования здравоохранения. С целью улучшения социальной защиты населения и привлечения дополнительных источников финансирования для сектора здравоохранения в 1997 г. было введено обязательное медицинское страхование. Для администрирования системы медицинского страхования был создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), что заложило основу для разделения функций покупателя и поставщика и разработки системы контрактов. В 2001–2004 гг. была создана система единого плательщика, по которой ФОМС и его территориальные

отделения становились единым плательщиком в государственной системе здравоохранения. Это предполагало переход от административно-фрагментированной системы финансирования к аккумулярованию средств местных бюджетов на областном уровне. Дополнительно к новым методам финансирования были введены ППГ и официальные соплатежи пациентов.

В декабре 2006 г. Министерство здравоохранения начало реализацию программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими». Она основана на результатах, достигнутых в рамках программы «Манас», и предусматривала более активное вовлечение населения в процесс реформирования сектора здравоохранения. Программа нацелена на закрепление реформ в области финансирования здравоохранения, повышение эффективности первичного звена здравоохранения, улучшение доступа к специализированной помощи, повышение качества медицинских услуг, укрепление общественного здравоохранения и повышение качества додипломного, постдипломного и непрерывного образования медицинских работников. Проведенный в мае 2008 г. анализ выполнения программы «Манас Таалими» показал достижение существенного прогресса в ее реализации.

## **Оценка системы здравоохранения**

Реформы здравоохранения достигли прогресса по ряду ключевых аспектов деятельности системы здравоохранения. Финансовая защита является основной проблемой. В начале 2000-х гг. резко увеличились расходы пациентов на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении, в 2004 г. личные расходы граждан на здравоохранение оставались на высоком уровне. В целях разрешения этих проблем программа «Манас Таалими», в частности, была направлена на снижение финансового бремени пациентов. В период между 2003 и 2009 гг. финансовое бремя для 40% самого бедного населения значительно снизилось. Более того, средний уровень соплатежей относительно средней заработной платы в стране снизился с 30,8% в 2004 г. до 13% в 2007 г. На протяжении 2005–2007 гг. было достигнуто более равномерное региональное распределение средств программы дополнительного лекарственного обеспечения.

Повысились доступность и равенство в использовании медицинских услуг. В 1990-х и начале 2000-х гг. снизилось потребление как амбула-

торных, так и стационарных услуг. Причинами являлись повышение стоимости медицинской помощи и изменение клинической практики, отход от необоснованных и продолжительных госпитализаций, характерных для советского периода. В результате реализации программы реформирования «Манас Таалими» улучшились показатели доступности и равенства при получении медицинской помощи. Обследования домохозяйств показывают снижение финансовых и географических барьеров в доступности, повышение использования услуг ГСВ и больничных услуг. По данным Интегрированного обследования домохозяйств Кыргызстана в 2000–2006 гг. доля населения, сообщивших, что нуждались в медицинской помощи, но не обращались, потому что «слишком дорого» или «слишком далеко», значительно сократилась: с 11,2% в 2000 г. до 4,1% в 2009 г. Однако ситуация с кадровыми ресурсами остается проблемной, особенно в сельской местности, миграция медицинского персонала приводит к увеличению рабочей нагрузки на врачей первичного звена.

Повышение эффективности предоставления медицинских услуг населению стало главной задачей в программе реформирования здравоохранения «Манас». Излишние больничные мощности системы здравоохранения, унаследованные из советского периода, поглощали все большую долю и без того сокращающихся государственных ресурсов. Вторым аспектом неэффективности, вызывающим беспокойство, стала очень небольшая доля расходов здравоохранения, выделяемая на первичное звено по сравнению со стационарной помощью. Реформы, осуществляемые в рамках программы «Манас», были успешными в достижении эффективных результатов по обоим направлениям. Больничные мощности были сокращены на 40%, тогда как службы первичной помощи начали получать большую долю финансирования. По программе «Манас Таалими» продолжается мониторинг этих двух направлений повышения эффективности с тем, чтобы предотвратить развитие событий в обратном направлении.

Что касается прозрачности, доля пациентов, осуществляющих неформальные платежи, снизилась с началом реформ, связанных с введением в 2001 г. системы «единого плательщика», – с 70% пациентов, неформально оплачивающих услуги медицинскому персоналу в 2001 г., до 52% в 2006 г. Еще более ощутимые снижения произошли в неформальных платежах за медикаменты и предметы медицинского назначения. Осведомленность населения о правах на получение стационарной помощи оказалась на самом высоком уровне. Обследование 2006 г. по-

казало, что более 66% глав домохозяйств знают, что госпитализированный пациент не должен платить медицинскому персоналу, а 49% знают о том, что госпитализированный пациент не должен платить за медикаменты, если был внесен официальный соплатеж.

Качество медицинской помощи, оказываемой как в амбулаторном, так и стационарном звене, остается другой сложной проблемой Кыргызстана. Тем не менее реализация программ по повышению качества приносит первые результаты. Улучшениям качества медицинской помощи также способствует вовлечение в решение этих вопросов местных сообществ и неправительственных организаций. Внедрение в 2006–2007 гг. программ по непрерывному повышению качества лечения гипертонической болезни в 1318 амбулаторных учреждениях привело к значительным улучшениям в основных показателях качества помощи. Несмотря на осуществляемые мероприятия по усилению ранней идентификации и лечения железодефицитной анемии, процент рожениц с анемией остается высоким (43,8% в 2007 г.). Однако по другим направлениям были достигнуты определенные успехи в области безопасного материнства.



# 1. Введение

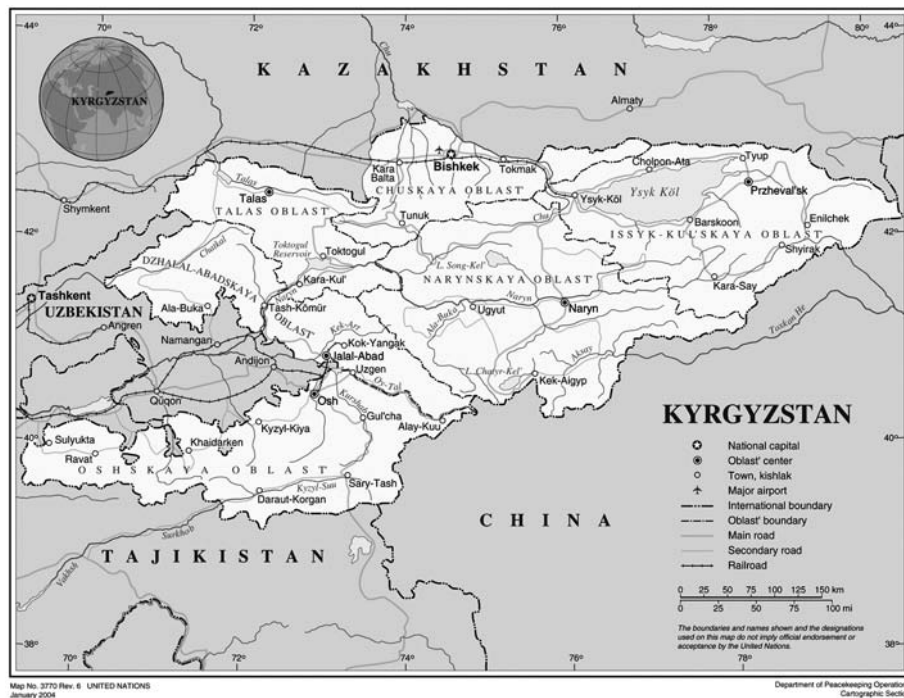
## 1.1 География и социодемография

**К**ыргызская Республика – это относительно молодое государство, сформированное в результате распада Советского Союза в 1991 г. Оно граничит с Китаем на востоке, Казахстаном на севере, Узбекистаном на западе и Таджикистаном на юге. Кыргызстан – это небольшая страна, не имеющая выхода к морю, с общей территорией 199 900 км<sup>2</sup>, которая более чем в два раза больше по размеру таких стран, как Венгрия или Португалия. Кыргызстан – горная страна, где почти 90% территории находится на высоте 1500 м над уровнем моря, что привело к низкой плотности населения в горных регионах (26 человек/км<sup>2</sup>) и высокой – в долинах рек и вдоль озер (Национальный комитет по статистике, 2009). Горный рельеф местности влияет не только на населенные пункты, но также и на возможность оказывать разные услуги в отдаленных сельских районах. Столицей является город Бишкек, расположенный в Чуйской долине на севере страны.

Согласно последней переписи, проведенной в 2009 г., население страны в 2008 г. составило 5,276 млн человек (Национальный комитет по статистике, 2009 г.). Население сконцентрировано в небольших районах на севере и юго-западе в Чуйской (север), Ферганской (юго-запад) и Таласской (северо-запад) долинах. Около двух третей населения проживают в сельской местности (табл. 1.1).

Кыргызстан – многонациональное государство. По данным переписи 2009 г., основными этническими группами являются кыргызы (69,6%), узбеки (14,5%) и русские (8,4%), в остальные 7,6% входит ряд других групп национальных меньшинств (Национальный комитет по статистике, 2009). В отличие от большинства других стран бывшего Советского Союза, в Кыргызстане русский язык остается вторым официальным языком, а кыргызский является первым. Кыргызстан является светским

**Рис. 1.1**  
**Карта Кыргызстана<sup>1</sup>**



Источник: United Nations, 2004

государством, хотя традиционно кыргызы считают себя мусульманами-суннитами.

В 2008 г. возрастная структура населения характеризовалась следующими параметрами: детское население (в возрасте 0–14 лет) составляло 30% населения, на долю пожилого населения (в возрасте 65 лет и старше) приходилось 5%. В 2008 г. рождаемость составляла 24 новорожденных на 1000 населения, общая смертность – 7 смертей на 1000 населения. Процент абитуриентов в средние технические и высшие учебные заведения снизился с 86% в 1990 г. до 41% в 2000 г., но вырос в 2008 г. до 47% (табл. 1.1).

<sup>1</sup> Карты, представленные в данном документе, не являются отражением мнения Секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или ее партнеров относительно правового статуса какой-либо из стран, территории, города или области, либо их властей или относительно делимитации их рубежей или границ.

Таблица 1.1

## Население/демографические показатели, 1990–2009 гг. (отдельные годы)

	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Общая численность населения (в млн)	4,42	4,92	5,14	5,19	5,23	5,28	5,42
Женщины (% общей численности населения)	51	51	51	51	51	51	51
Население в возрасте 0–14 лет (% общей численности населения)	38	35	31	31	30	30	29
Население в возрасте 65 лет и старше (% общей численности населения)	5	5	6	6	6	5	5
Ежегодный прирост населения	2	1	1	1	1	1	1
Плотность населения (человек на кв. км)	–	26	27	27	27	28	27
Коэффициент фертильности (роды на одну женщину)	4	2	3	3	3	3	2,9
Рождаемость (на 1000 человек)	29	20	21	23	24	24	25,2
Общая смертность (на 1000 человек)	7	7	7	7	7	7	6,7
Возрастной коэффициент зависимости (население в возрасте 0–14 и 65+ к населению в возрасте 15–64 года)	74	68	59	57	56	54	53
Сельское население (% общей численности населения)	62	65	64	64	64	64	65,9
Абитуриенты в средние технические и высшие учебные заведения (% населения в возрасте 15–18 лет) <sup>а</sup>	86	41	51	50	49	47	–

Источник: (World Bank, 2010 г.); <sup>а</sup> (UNICEF, 2010 г.).

## 1.2 Экономика

До 1991 г. экономика Кыргызстана в большей степени зависела от экономики Советского Союза. Получение независимости сопровождалось потерей инвестиций и субсидий, что повлекло за собой резкий экономический спад в начале 1990-х гг., и поэтому потребовалась основательная реструктуризация. Программа рыночной реформы, начатая в 1990-х гг., была частично свернута, поскольку в конце 1990-х и начале 2000-х гг. было взято направление на большее государственное планирование (Библиотека Конгресса США, 2007). Основными отраслями являются сельское хозяйство и сфера услуг, промышленность развита только в нескольких регионах и выпускает лишь отдельные виды продукции. В начале 2000-х гг. многие рабочие были вынуждены переходить из промышленной сферы в сельское хозяйство, поскольку промышленные предприятия закрывались. При содействии Международного валютного фонда и Всемирного банка была разработана Комплексная программа развития страны, включающая в себя экономические цели на 2001–2010 гг. До 50% валового внутреннего продукта (ВВП) генерируется в неформальном секторе (Библиотека Конгресса США, 2007). Правительством Кыргызской Республики были начаты две крупномасштабные

программы по приватизации государственных предприятий. К 2003 г. в рамках этих программ около 7000 предприятий были переведены из государственного сектора в частный, но оппозиция внутри страны и низкие иностранные инвестиции замедлили дальнейший ход приватизации.

ВВП на душу населения сократился с 1808 долл. США в 1990 г. (международный доллар США в текущем выражении, по паритету покупательной способности – ППС) до 1328 долл. США в 2000 г., а затем повысился до 2283 долл. США в 2009 г. (табл. 1.2). В начале 2000-х гг. деятельность золотодобывающего предприятия «Кумтор», единственного наиболее продуктивного предприятия Кыргызстана, обеспечила 7% ВВП (Правительство Кыргызской Республики, 2007).

Кыргызстан входит в категорию стран с низким уровнем доходов (Правительство Кыргызской Республики, 2007; Катцин, 2001). В начале 1990-х гг. страна пережила резкий социально-экономический спад, который привел к существенному снижению уровня жизни, росту безработицы и повышению уровня бедности. Экономический рост возобновился в 2000-х гг., уровень бедности снижался, по крайней мере

**Таблица 1.2**

**Макроэкономические показатели, 1990–2009 гг. (отдельные годы)**

	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
ВВП (в долл. США, в текущем выражении, млрд)	2,674	1,37	2,46	2,833	3,803	5,140	4,578
ВВП, ППС (международный долл. в текущем выражении, млрд)	7,997	6,528	8,887	9,45	10,620	11,764	12,15
ВВП на душу населения, ППС (международный долл., в постоянных ценах 2005 г.)	2505	1501	1728	1763	1900	2043	2073
ВВП на душу населения, ППС (международный долл. в текущем выражении)	1808	1328	1728	1820	2229	2283	2229
Рост ВВП (годовой %)	6	5	0	3	8	2	8
Положительное сальдо/дефицит (% ВВП)		-3		-1	-2	0	
Налоговые поступления (% ВВП)		12		14	16	17	
Государственный долг (% ВВП)		115					
Условно чистая продукция в промышленности (% ВВП)	35	31	22	20	19	19	
Условно чистая продукция в сельском хозяйстве (% ВВП)	34	37	32	33	31	29	
Условно чистая продукция в сфере услуг (% ВВП)	31	32	46	47	50	51	
Трудовые ресурсы (всего, в млн)	1,8	2,1	2,3	2,4	2,4	2,5	
Безработица, всего (% трудоспособного населения)			8	8			
Официальный обменный курс (единица местной валюты за 1 долл. США, среднее за период)		48	41	40	37	37	
Реальная процентная ставка		19	18	13	9	-1	21
Индекс Джини					33		
Уровень бедности (% числа людей, живущих на уровне 2,15 долл. США в день (ППС))					27		
Индекс человеческого развития ПРООН (HDI) <sup>a</sup>			0,679	0,692	0,694	0,71	

Источник: <sup>a</sup> World Bank, 2011, WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

до начала глобального финансового и экономического кризиса (Международная кризисная группа, 2008; Правительство Кыргызской Республики, 2007).

### 1.3 Политика

В первые годы своей независимости Кыргызстан в целом воспринимался как одна из политически наиболее открытых стран в Центральной Азии с развитым гражданским обществом. Согласно Конституции, принятой в мае 1993 г., Кыргызстан был унитарным государством, построенным на принципах атеизма и демократии. Конституция обеспечивала сосредоточение власти в руках президента и также определяла роли законодательной и судебной ветвей власти таким образом, чтобы создать систему «взаимозависимости и взаимоограничения властей» (Кучукеева и O'Loughlin, 2003).

Законодательная власть была представлена национальным однопалатным (90 мест) парламентом (Жогорку Кенеш<sup>1</sup>). Парламентарии избирались по партийным спискам сроком на 4 года. Существовало более 30 зарегистрированных политических партий, 3 из которых были представлены в Жогорку Кенеше (ОБСЕ/БДИПЧ, 2008).

Исполнительная власть была представлена правительством, которое действовало через министерства, государственные комитеты и административные органы, а также местные государственные администрации. Правительство возглавлялось премьер-министром, который назначался президентом. В состав правительства входили министры и председатели государственных комитетов. Местные администрации в областях и районах<sup>2</sup> возглавлялись акимами (губернаторами), которые назначались президентом на четыре года. В 1996 г. президент создал Совет безопасности, который должен был действовать как кабинет министров в узком составе и не был подотчетен парламенту.

Генеральная прокуратура осуществляла контроль за исполнением законодательных актов и несла ответственность за рассмотрение уголовных дел в судах. Высшими органами судебной власти являлись Конституционный суд и Верховный суд. Судьи обоих судов избирались парламен-

---

<sup>1</sup> На кыргызском языке «Жогорку Кенеш» дословно означает Верховный Совет.

<sup>2</sup> На русском языке «область» и «район» являются административными единицами, унаследованными от СССР. Область равна по значению провинции или региону; район — это второстепенная административная территория.

том по представлению президента сроком на 10 лет. Судьи местных судов назначались президентом сроком на семь лет с согласия парламента. После приобретения независимости в сельской местности появился новый институт, суд аксакалов (старейшин), который был институционализирован в 1995 г. Аксакалы занимались урегулированием споров относительно границ земельных участков, делами о разводах и разделе собственности, домашнем насилии, краже скота и иными разногласиями местного уровня. Они работали в рамках законодательства Кыргызской Республики, и их решения могли быть обжалованы в соответствующих судах районного или городского уровня.

Органы местного самоуправления были представлены местными кенешами (советами) и местными самоуправлениями (в том числе мэриями). Депутаты местных кенешей избирались сроком на пять лет; главы местного самоуправления сроком на четыре года. Существовало три территориальных уровня местных кенешей: первичный (села и города), районный и областной уровни. Органы местного самоуправления занимались делами местного значения.

По данным, представленным в документе Всемирного банка «Совместная стратегия поддержки страны на 2007–2010 гг.», за 15 лет с момента получения независимости Кыргызстана (1991–2005 гг.) было назначено и ушло в отставку 11 правительств, сменилось 10 премьер-министров, продолжительность работы кабинетов министров в среднем составила всего чуть более одного года (Всемирный банк, 2007). Следует отметить, что, несмотря на частую смену правительства, важные социальные и экономические реформы продолжали осуществляться достаточно последовательным образом, и страна смогла добиться значительного прогресса в некоторых областях, особенно в секторе здравоохранения. Тем не менее прогресс был неоднозначным: нестабильный экономический рост, сохраняющиеся высокие показатели бедности, отсутствие ощутимого воздействия экономических реформ, а также высокий уровень коррупции вызвали общественное недовольство, которое привело к изгнанию президента Акаева в марте 2005 г. (Всемирный банк, 2007).

Курманбек Бакиев, экс-премьер-министр, впоследствии присоединившийся к оппозиции, в июле 2005 г. подавляющим большинством голосов одержал победу на президентских выборах. Данные выборы были проведены вслед за «тюльпановой революцией», повлекшей вынужденную отставку президента Акаева. С тех пор в обществе постоянно происходили конституционные дебаты: представители оппозицион-

ных сил требовали конституционных реформ с целью восстановления прежнего правового поля и установления баланса между тремя ветвями власти.

В декабре 2006 г. была принята новая Конституция, которая была отменена в сентябре 2007 г., а новая редакция Конституции была принята референдумом в октябре 2007 г. В июле 2009 г. Бакиев выиграл президентские выборы на второй срок, несмотря на то что были сомнения относительно того, действительно ли официальные результаты отражают то, за что голосовало население. В апреле 2010 г. президент Бакиев и его правительство были свергнуты на фоне широко распространенных обвинений в коррупции, семейственности и ответственности за ухудшение экономической ситуации в стране. Пришедшее к власти временное правительство под руководством бывшего министра иностранных дел Розы Отунбаевой инициировало принятие новой Конституции, в которой предусматривалось изменение политической структуры страны и переход с президентской формы правления на парламентскую. В июне 2010 г. на юге страны начались насилие и стычки на национальной почве, в результате чего погибли сотни людей. Это оказалось возможным из-за слабости временного правительства и продолжающегося влияния сторонников Бакиева. По оценкам экспертов, 375 000 человек вынуждены были бежать из зоны бедствия, из них 75 000 в целях безопасности пересекли границу с Узбекистаном. К июлю 2010 г. все бежавшие в соседний Узбекистан и большинство из тех, кто перемещался внутри страны, вернулись домой (ВОЗ и др., 2010). Конфликт негативно отразился на доступности медицинских услуг, это привело к увеличению родов на дому, родов в сельских больницах, преждевременных родов и поздних госпитализаций в стационары. Кроме того, конфликт привел к приостановке обеспечения лекарственными средствами больных хроническими заболеваниями, но медицинским учреждениям был нанесен только несущественный ущерб (ВОЗ и др., 2010). В октябре 2010 г. были проведены парламентские выборы, и в декабре 2010 г. было сформировано коалиционное правительство. Очередные президентские выборы назначены на ноябрь 2011 г.

Страна разделена на семь областей: Баткенская, Чуйская, Иссык-Кульская, Джалал-Абадская, Нарынская, Ошская и Таласская. Столица – г. Бишкек и г. Ош являются отдельными административными территориями, по статусу приравненными к области. Области разделены на 40 районов и 14 городов (Национальный комитет по статистике, 2009).

Кыргызстан является членом Организации Объединенных Наций и нескольких региональных организаций: Содружества Независимых Государств (СНГ), Шанхайской организации сотрудничества (ШОС) и Евразийского экономического сообщества (вместе с Россией, Беларусью, Казахстаном и Таджикистаном). В октябре 1998 г. Кыргызстан стал первой страной СНГ, которая вступила в члены Всемирной торговой организации (ВТО).

## 1.4 Состояние здоровья

Средняя продолжительность жизни составила 67 лет в 2008 г., при этом средняя продолжительность жизни женщин была 72 года, а мужчин – 63 года (табл. 1.3).

**Таблица 1.3**

**Показатели смертности (оценочные показатели Всемирного банка), 1980–2009 гг. (отдельные годы)**

	1980	1990	2000	2008	2009
Продолжительность жизни с рождения, всего (годы)	65	68	69	67	
Продолжительность жизни с рождения, женщины (годы)	70	73	72	72	
Продолжительность жизни с рождения, мужчины (годы)	61	64	65	63	
Показатель смертности, взрослые, женщины (на 1000 взрослых женщин)	131	143	137	125	
Показатель смертности, взрослые, мужчины (на 1000 взрослых мужчин)	296	291	288	262	
Показатель младенческой смертности	89	63	44	33	32
Показатель смертности детей до пяти лет	109	75	51	38	37

*Источник:* World Bank, 2011.

Как в официальных данных, так и в данных обследований по младенческой и детской смертности прослеживаются тенденции снижения. На официальные цифры повлияло введение критериев живорождений, рекомендованных ВОЗ в 2005 г., а также улучшение регистрации смертных случаев. По официальным данным, младенческая смертность вслед за внедрением новых критериев живорождения ожидаемо повысилась с 25,7 в 2004 г. до 29,7 в 2005 г., затем стабилизировалась на уровне около 30 на 1000 живорождений в 2005–2007 гг. и снизилась в 2008 и 2009 гг. (Национальный комитет по статистике, 2009). Показатель детской смертности до пяти лет демонстрирует аналогичную картину: в 2004–2005 гг. растет с 31,2 до 35,2, в 2005–2007 гг. остается относительно стабильным на уровне 35–36 на 1000 живорождений, и снижа-

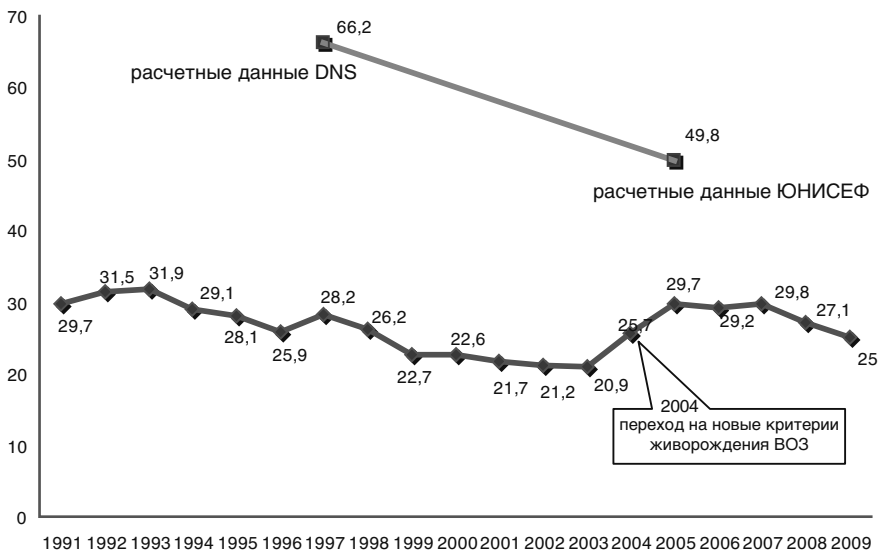


ется в 2008–2009 гг. Данные по младенческой смертности двух последних обследований: Обследования демографических характеристик и состояния здоровья 1997 г. и Кластерного исследования с множественными показателями ЮНИСЕФ 2005 г. показывают снижение на 25% показателя младенческой смертности – с 66 на 1000 живорождений в 1997 г. до 50 в 2005 г. (Обследование демографических характеристик и состояния здоровья, 1998; ЮНИСЕФ, 2006; Министерство здравоохранения, 2008). Таким образом, официальные данные и оценочные показатели обследований начали сближаться (рис. 1.2). Отчасти это происходит благодаря улучшению регистрации случаев младенческой смертности в результате пристального внимания официальных лиц к этой проблеме.

Вызывающим беспокойство аспектом младенческой и детской смертности является то, что 30% детей до 1 года умирают в первый день госпитализации, а свыше 50% детей в возрасте 1–2 года умирают на дому (Bhutta & Khan, 2009; Ибраимов и др., 2009). Это – результат поздней госпитализации при серьезных медицинских состояниях, что отчасти может происходить из-за плохой осведомленности

### Рисунок 1.2

#### Показатель младенческой смертности (на 1000 живорождений), 1991–2009 гг.



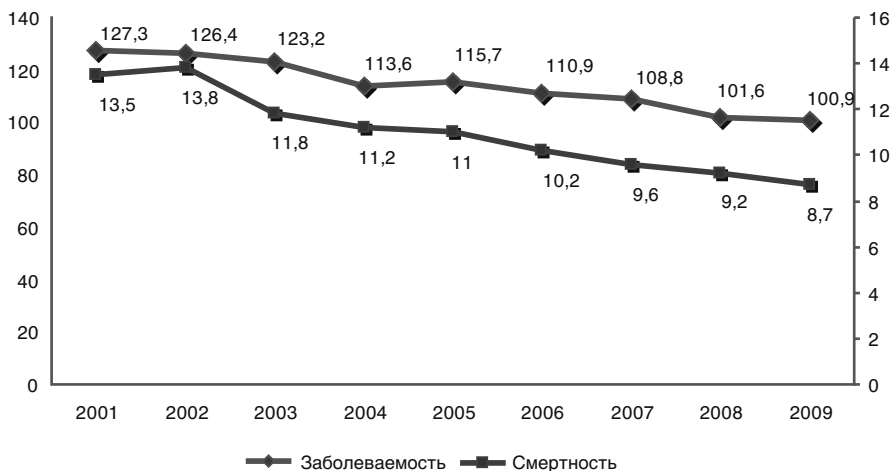
Источник: Национальный комитет по статистике, 2009; UNICEF, 2006; Обследование демографических характеристик и состояния здоровья, 1998.

родителей о симптомах, требующих неотложного медицинского вмешательства.

По официальным цифрам, материнская смертность достигла 69,8 смертей на 100 000 живорождений в 2009 г. (ВОЗ, 2010а), в то время как, по данным исследований, этот показатель составил 81 смерть на 100 000 живорождений в 2008 г. (Всемирный банк, 2011). Повышение показателей официально зарегистрированной материнской смертности в последние годы может происходить в силу улучшения регистрации смертей. Основными причинами материнской смертности в 2008 г. были гипертензивные расстройства во время беременности (22,4%), акушерские кровотечения (52,2%) и септические осложнения (10,4%) (Республиканский медицинский информационный центр, 2010).

Несмотря на то что состояние материнского и детского здоровья тяжело интерпретировать, существуют обнадеживающие показатели того, что со временем показатели смертности будут снижаться (Министерство здравоохранения, 2008; Bhutta & Khan, 2009; Ибраимов и др., 2009). Сюда входят экономические, социальные и культурные аспекты, ситуация в системе государственного здравоохранения, а также демографическая структура и поведение населения. Во многих международных исследованиях младенческая смертность рассматривается как один из наиболее чувствительных показателей уровня бедности, социально-экономического и человеческого развития страны (Бхутта и Хан, 2009). Прогресс в данных аспектах сам по себе может снизить младенческую смертность, однако Министерством здравоохранения проведен ряд целенаправленных мероприятий по снижению уровней младенческой и материнской смертности.

Как и во многих странах бывшего Советского Союза, включая страны Центральной Азии, показатели туберкулеза в Кыргызстане очень высокие. Однако в последние годы отмечается прогресс в снижении показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза (рис. 1.3). Заболеваемость туберкулезом сократилась с 116 на 100 000 населения в 2005 г. до 101 в 2009 г. (Республиканский медицинский информационный центр, 2010), с положительными результатами в большинстве областей, за исключением Чуйской области и города Бишкек, где зарегистрировано небольшое увеличение. Смертность от туберкулеза (ТБ) снизилась с 11 на 100 000 населения в 2005 г. до 8,7 в 2009 г., при этом город Бишкек был единственным регионом, где смертность повысилась (Республиканский медицинский информационный центр, 2010).

**Рисунок 1.3****Заболеваемость и смертность от туберкулеза  
(на 100 000 населения), 2001–2009 гг.**

Источник: Республиканский медицинский информационный центр, 2010 г.

Ведущими причинами смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, заболевания респираторной системы и злокачественные новообразования (рак) (табл. 1.4).

**Таблица 1.4****Основные причины смертности, стандартизированные показатели смертности всех возрастных категорий на 100 000 населения, 1990–2009 гг. (отдельные годы)**

	1990	1995	2000	2006	2007	2008	2009
Заболевания системы кровообращения	537	675	673	733	720	706	693
Заболевания респираторной системы	160	187	152	133	116	110	97
Злокачественные новообразования (рак)	142	120	117	114	108	109	120
Заболевания пищеварительной системы	49	69	69	86	85	82	78
Внешние причины, травмы и отравления	112	132	91	94	89	88	81
Инфекционные и паразитарные заболевания	25	37	41	29	26	23	22
Психические расстройства и заболевания нервной системы и органов чувств	11	20	16	15	15	15	14

Источник: WHO EURO, 2011<sup>b</sup>/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011<sup>b</sup>.

Программа реформирования здравоохранения «Манас Таалими» нацелена на значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе в возрастных группах от 30 до 39 лет и от 40 до 59 лет (Якаб и др., 2007). Однако из базового исследования 2004 г.

известно, что смертность в обеих группах в целом осталась на том же уровне (табл. 1.5). Основной причиной высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в этих возрастных группах является высокий показатель распространенности гипертонической болезни. В 2007 г. в ходе первого репрезентативного обследования на национальном уровне по распространению гипертонической болезни (ГБ) было обнаружено, что у 30% населения старше 17 лет было повышенное артериальное давление. Другие факторы риска, такие как курение, питание с высоким содержанием жиров, чрезмерное потребление алкоголя и психологический и социальный стресс, также способствуют высокому уровню сердечно-сосудистых заболеваний. Разный уровень качества стационарной помощи является другим фактором, влияющим на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (Якаб и др., 2007; Акунов и др., 2007).

**Таблица 1.5**

**Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний  
в трудоспособном возрасте, 2004–2009 гг.**

Возрастная группа	2004	2005	2006	2007	2008	2009
30–39	50	56	56	56	54	52
40–59	307	312	334	333	329	310

*Источник:* Республиканский медицинский информационный центр, 2010 г.

Вышеупомянутое обследование показало, что обнадеживающим фактом является то, что во время консультации в амбулаторных учреждениях пациентам регулярно измеряют артериальное давление. 72% респондентов в возрасте от 18 лет и старше ответили, что им измеряли артериальное давление при посещении учреждения ПМСП в последние 30 дней независимо от причины посещения (Акунов и др., 2007). Поскольку количество амбулаторных консультаций возрастает (см. раздел 5.3), то можно предполагать, что все большему числу пациентов будут измерять артериальное давление. Для дальнейшего улучшения раннего выявления гипертонии необходимо повышение осведомленности тех, кто не посещает свои учреждения ПМСП.

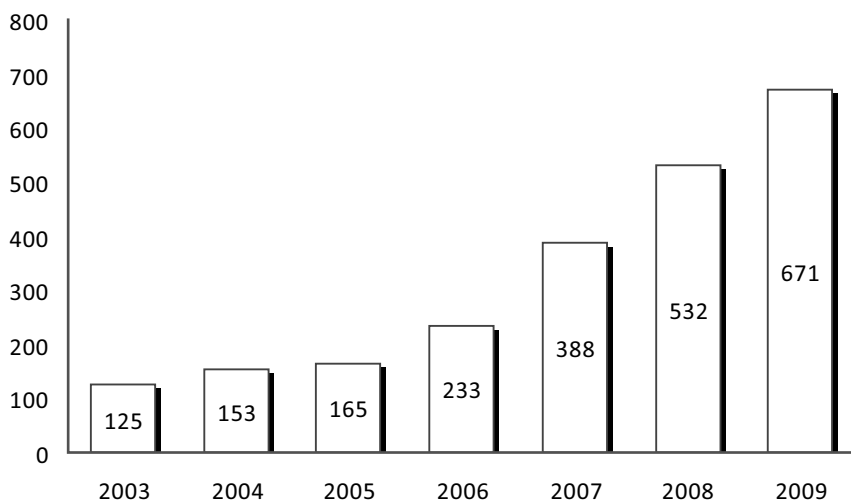
Система непрерывного повышения качества была внедрена в избранных ГСВ и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), и оценка проводилась через год. Во время проведения оценки были выявлены однозначные улучшения по таким стандартам качества, как процент врачей, правильно измеряющих артериальное давление, процент пациентов, получающих правильное лечение от высокого артериального давления, удовлетворен-

ность работников здравоохранения процессом повышения качества и результатами этого процесса была очень высокой. Ассоциация групп семейных врачей проводила внешний аудит в отобранных учреждениях для оценки влияния данного проекта по непрерывному повышению качества на показатели артериального давления у населения. В среднем снижение систолического и диастолического артериального давления за год работы проекта составило 23,3 и 8,3 мм рт. ст. соответственно (Якаб и др., 2007; Акунов и др., 2007).

Несмотря на большое количество мероприятий по профилактике ВИЧ, число новых зарегистрированных случаев ВИЧ резко возросло за последние годы (рис. 1.4). Вспышка ВИЧ в детских больницах Ошской области в 2007 г. по причине внутрибольничного заражения существенно способствовала росту официально зарегистрированных случаев ВИЧ. В 51 случае (в том числе 42 ребенка) заражение произошло в стационарах (Министерство здравоохранения, 2008). Однако, как и в других странах региона, эпидемия в основном возникает в результате инъекционного потребления наркотических средств (Rechel, 2010; Thorne et al., 2010).

#### Рисунок 1.4

##### Новые зарегистрированные случаи ВИЧ, 2003–2009 гг.



Источник: Республиканский медицинский информационный центр, 2010.



## 2. Организация и управление

### 2.1 Обзор системы здравоохранения

Значительное сокращение государственных доходов и расходов, которое последовало за распадом Советского Союза, привело к существенному росту неформальных платежей пациентов почти во всех странах бывшего Советского Союза. Это стало причиной неравенства в доступе к медицинской помощи (Sargaldakova et al., 2000; Meimanaliev et al., 2005; Rechel и McKee, 2009). Как и в других странах региона (Achmedov et al., 2007; Kulzhanov & Rechel, 2007; Khodjamurodov & Rechel, 2010; Rechel et al., 2011), эти события заставили правительство Кыргызской Республики изыскивать способы снижения расходов в государственном секторе, включая систему здравоохранения (Jacob & Manjjeva, 2008). Помимо общего снижения государственных расходов на здравоохранение, правительство столкнулось со сложной задачей сокращения ярко выраженных региональных диспропорций в распределении ресурсов и необходимости содержания чрезмерно громоздкой и излишне узкоспециализированной сети поставщиков медицинской помощи и стационаров, унаследованных с советских времен.

Для того чтобы разрешить эти структурные проблемы и сохранить базовые права населения на медицинскую помощь, Министерство здравоохранения в середине 1990-х гг. инициировало процесс комплексного реформирования, который включал в себя укрепление первичного звена здравоохранения и изменения в клинической практике, а также новые формы организации и финансирования. Реформы поддерживались рядом международных финансовых институтов и агентств по развитию (Meimanaliev et al., 2005).

Одним из элементов реформы стал отход от государственной монополии на предоставление медицинской помощи и финансирование. Страна продвигалась к модели рыночной экономики, и стала возможной приватизация некоторых медицинских учреждений. В 1992 г. Законом

«Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» разрешено предоставление медицинских услуг как в государственном, так и в частном секторе (Meimanaliev et al., 2005).

Другим элементом реформы стало признание необходимости нормирования медицинских услуг путем ограничения числа услуг, предоставляемых бесплатно в рамках гарантированного базового пакета услуг для всего населения. Законом 1992 г. «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» признается, что государство не может предоставлять все виды медицинских услуг населению, но гарантирует предоставление доступных и бесплатных медицинских услуг на уровне, определяемом законодательством. В редакции Закона 2005 г. определено, что социальная справедливость, равноправие и доступность медицинских услуг являются основными принципами государственной политики в секторе здравоохранения.

В соответствии с действующим законодательством система здравоохранения Кыргызской Республики определяется следующим образом (Правительство Кыргызской Республики, 2006):

- инфраструктура сектора должна соответствовать потребностям населения в медицинской помощи и финансовым ресурсам;
- система финансирования здравоохранения характеризуется комбинацией социального медицинского страхования с государственным бюджетным финансированием, аккумулярованием ресурсов на национальном уровне, при этом наличием единого плательщика, осуществляющего закупку медицинских услуг от лица всего населения;
- программа государственных гарантий обеспечивает всему населению доступ к определенному набору медицинских услуг;
- децентрализация управления в секторе здравоохранения и предоставление большей управленческой и финансовой автономии организациям здравоохранения;
- профилактическая направленность здравоохранения;
- присутствие в системе как государственных, так и частных поставщиков медицинской помощи.

Для приведения инфраструктуры в соответствие с потребностями населения и доступными ресурсам на первом этапе реформ была проведена масштабная реструктуризация медицинских учреждений. Реструктуризация в совокупности с изменениями финансовых стимулов для медицинских учреждений привела к значительному сокращению стаци-



онарного звена и расширению первичного звена (см. раздел 4.1 «*Материальные ресурсы*» и раздел 5 «*Предоставление медицинских услуг*»).

Реформа финансирования здравоохранения предусматривала разделение функций поставщика и покупателя и создание системы «единого плательщика» за медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГГ. Ответственность за закупку медицинских услуг закреплена за ФОМС, который выступает как единый плательщик в государственной системе здравоохранения. С 2006 г. средства аккумулируются на национальном уровне, до этого времени аккумулирование осуществлялось на областном уровне. При этих механизмах финансирования различные источники финансирования (из государственного и местных бюджетов, а также налоги с фонда заработной платы) аккумулируются в ФОМС. ФОМС действует как стратегический закупщик медицинских услуг посредством заключения контрактов с поставщиками, такими как стационары и ГСВ. Были изменены принципы оплаты поставщиков – система оплаты перешла от финансирования в зависимости от имеющихся ресурсов к финансированию по результатам деятельности: на подушевую оплату учреждений первичного звена и оплату за пролеченный случай в стационарном секторе. Это способствовало существенному сокращению инфраструктуры стационарного сектора и повышению технической эффективности и эффективности распределения ресурсов. Финансирование государственных медицинских служб и некоторых медицинских учреждений третичного уровня на республиканском уровне управляется Министерством здравоохранения. В рамках реализуемой с 2006 г. программы реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» в предстоящие годы предусматривается оптимизация финансирования третичного звена здравоохранения и клинических базовых больниц, а также государственных медицинских служб (см. раздел 3 «*Финансирование*»).

ПГГ была введена в пилотных областях в 2001 г. и впоследствии в сочетании с новыми методами финансирования, упомянутыми выше, была распространена на всю страну. ПГГ утверждается ежегодно правительством. Она состоит из двух частей: общий пакет услуг, предоставляемых всему населению, и дополнительный пакет услуг для лиц, входящих в систему социального медицинского страхования. Введение целевого бюджета для ПГГ в совокупности со средствами ФОМС дало возможность улучшить доступ к медицинским услугам для большинства уязвимых категорий населения, а также повысить эффективность и прозрачность предоставления медицинской помощи (см. раздел 3 «*Финансирование*» и раздел 7 «*Оценка системы здравоохранения*»).

В результате реформирования системы финансирования здравоохранения поставщики получили значительную финансовую автономию. Финансовая и административная автономия медицинских учреждений предусмотрена в Законе 2004 г. «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике». Однако этот закон еще не вступил в полную силу из-за нерешенных вопросов с налогообложением, особенно это касается льготного налогообложения медицинских услуг и освобождения основных закупаемых медицинскими учреждениями товаров от налога на добавленную стоимость (НДС).

Профилактическая направленность системы здравоохранения предусмотрена в Законе 2005 г. «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Значительные изменения в содержании клинической практики предусмотрены за счет внедрения принципов доказательной медицины, новых руководств клинической практики и практик повышения качества оказываемой помощи на уровне учреждения. Предполагается, что развитие общественного здравоохранения и его интеграция на уровне первичного звена усилят профилактический аспект медицинских услуг (см. раздел 5 «Предоставление медицинских услуг»).

## 2.2 Историческая справка

Фундамент существующей системы здравоохранения в Кыргызстане, так же как и в других бывших советских республиках региона, закладывался в первые годы Советского Союза. Детали системы здравоохранения, которые были установлены в Советском Союзе, описаны в предыдущих обзорах «Системы здравоохранения: время перемен» (НГТ) по Кыргызстану, а также в обзорах по другим центральноазиатским государствам (Meimanaliev et al., 2005; Ahmedov et al., 2007; Kulzhapov & Rechel, 2007; Khodjamurodov & Rechel, 2010).

В начале XX в. здравоохранение Кыргызстана представляло собой небольшую сеть медицинских учреждений, расположенных в городах. В 1913 г. в стране было 6 больниц (4 городских госпиталя и 2 сельские больницы), 9 амбулаторий и 5 аптек. После включения Кыргызстана в состав СССР в стране развивалась система здравоохранения, основанная на модели Семашко. Это была единая система здравоохранения, контроль над которой осуществлялся государством. Главной задачей в сфере здравоохранения была борьба с инфекционными заболеваниями и строительство сети медицинских учреждений. В 1920-х гг. в Кыргыз-

ской Республике основными инфекционными заболеваниями были тиф и холера. Период 1927–1929 гг. был ознаменован быстрым и масштабным развитием сети учреждений здравоохранения: строительством больниц, амбулаторий, фельдшерских пунктов и передвижных медицинских учреждений (Meimanaliev et al., 2005).

Начиная с 1925 г. стали создаваться специализированные службы здравоохранения: во Фрунзе (старое название города Бишкек) открылись первый роддом и детская консультация, венерологическая амбулатория была реорганизована в венерологический диспансер, венерологические пункты открыты в городе Токмак и селе Кочкор. В 1928 г. для подготовки среднего медицинского персонала (акушеров, фельдшеров, лабораторных ассистентов, а позже рентген-лаборантов и техников) было открыто первое медицинское училище. С 1935 г. начали работать передвижные медицинские группы по борьбе с туберкулезом, трахомой, сифилисом и другими кожно-венерическими болезнями. Также улучшилась работа в сфере санитарии и эпидемиологии. В 1938 г. открылся Санитарно-бактериологический институт. К 1940 г. система здравоохранения располагала всеми основными медицинскими отраслями: лечебно-профилактической, аптечной, санитарно-эпидемиологической службами и судебной-медицинской экспертизой. В стране были 1 туберкулезная больница и 11 кожно-венерологических диспансеров, 9 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС), 10 санаториев и 59 аптек. Подготовка медицинских кадров осуществлялось в основанном в 1939 г. Киргизском государственном медицинском институте (переименованном в Кыргызскую государственную медицинскую академию в 1996 г.) и 5 медицинских училищах (Sargaldakova et al., 2000).

Во время Великой Отечественной войны территория Кыргызстана избежала непосредственных военных действий, в это время была существенно расширена сеть медицинских учреждений. В городах число коек увеличилось с 2353 в 1940 г. до 3867 – в 1945 г. Число стационарных учреждений в сельской местности возросло с 79 в 1940 г. до 94 в 1945 г., а число коек в них – с 1471 до 2073. Также было создано 34 фельдшерских пункта и 26 женских и детских консультаций.

В послевоенные годы было произведено объединение больниц с амбулаторными учреждениями, больничных учреждений по охране здоровья матери и ребенка – с женскими и детскими консультациями, проведена реорганизация санитарно-эпидемиологической службы Кыргызстана. В 1950–1960 гг. основной упор делался на улучшение материально-технической базы системы здравоохранения, т. е. укрупнение

медицинских учреждений, строительство и введение в эксплуатацию новых учреждений.

За период с 1923 по 1970 г., при поддержке советского государства и российского общества Красного Креста, было организовано свыше 150 медицинских экспедиций в отдаленные районы страны. Помимо медицинского обследования и лечения населения также обеспечивалось обучение местного медицинского персонала. Эти экспедиционные работы вместе с прочими запланированными мероприятиями в секторе здравоохранения привели к значительному снижению заболеваемости инфекционными болезнями. Так, если в 1926 г. заболеваемость малярией составляла 1000 случаев на 10 000 человек, в 1932 г. этот показатель снизился до 505, в 1955-м – до 1,5. С 1960 г. случаи заболеваемости малярией не регистрировались вплоть до недавнего времени.

После 1923 г. были постепенно искоренены прочие особо опасные инфекции: холера (1926), чума (1928), эндемическая оспа (1936), возвратный тиф (1955), эпидемическая пятнистая лихорадка (1955), кожный лейшманиоз (1955), лихорадка папатацци (1956), трахома (1963), анцилостомиоз (1964), полиомиелит (1970). По сравнению с дореволюционным периодом заболеваемость коклюшем уменьшилась на 98%, тифом – на 94%, корью – на 93% и скарлатиной – на 68%. Заболеваемость бешенством, дифтерией, сибирской язвой и лихорадкой была сведена до единичных случаев. Позитивные результаты были достигнуты в борьбе с туберкулезом и венерическими заболеваниями (Sargaldakova et al., 2000).

К 1980 г. в Кыргызстане сложилась комплексная система здравоохранения в соответствии с советскими стандартами, включавшая в себя 267 учреждений, предоставляющих индивидуальные медицинские услуги, 54 учреждения санитарно-эпидемиологической службы, учреждения медицинского образования (среднее специальное – 9 медицинских училищ, и высшее – Кыргызский государственный медицинский институт). Также имелись два медицинских завода во Фрунзе: один – по ремонту медицинского оборудования, а второй – химико-фармацевтический завод.

Советская система здравоохранения добилась значительных успехов в обеспечении всеобщего доступа к основным услугам здравоохранения, значительно улучшились использование услуг и охват населения, а также показатели здоровья населения. Хотя советская система здравоохранения добилась огромных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями и позволила значительно расширить сеть медицинских учреждений, она имела и слабые стороны. Система была неэффективна,

акцент делался на развитие широкой сети поставщиков медицинской помощи, преобладание стационарной помощи, система была сфокусирована на лечении, а не на профилактике. Неадекватные стимулы, заложенные в системе финансирования здравоохранения, приводили к увеличению мощностей, что не всегда означало улучшение медицинской помощи (Rechel & McKee, 2009).

Сектор здравоохранения управлялся централизованно, руководители на местах имели ограниченные полномочия. Ключевым элементом во всех аспектах планирования являлся так называемый нормативный оптимум, который означал разработку научно обоснованных оптимальных норм и стандартов, устанавливаемых соответствующими комитетами в Москве. В здравоохранении использовались такие нормы, как потребность населения в медицинских услугах (число коек на 10 000 человек, число врачей на 10 000 человек), нормы нагрузки для врачей и среднего медицинского персонала (например, число посещений в час, число пациентов на 1 врача, примерные нормы оказания физиотерапевтических услуг, лабораторных анализов и т. д.). Распределение средств происходило в соответствии с нормативами планирования, разработанными Всесоюзным научно-исследовательским институтом социальной гигиены и общественного здравоохранения им. Семашко. По этим нормативам устанавливались высокие уровни обеспеченности населения стационарными койками и врачами. Предусмотренное количество врачей на 1000 населения в 1989 г., например, составляло 3,2, в сравнении со средним показателем для стран Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – 2,1 (Атун, 2005). Система финансирования, основанная на имеющихся ресурсах, способствовала дальнейшей неэффективности, поскольку у медицинских учреждений не было стимулов использовать свою площадь, оборудование или кадры более эффективно. Кроме того, отдельные отраслевые министерства, такие как Министерство обороны или Министерство внутренних дел, имели свои собственные системы здравоохранения, которые существовали параллельно с общей системой здравоохранения.

## 2.3 Организационная структура

Организационная структура системы здравоохранения Кыргызской Республики, сложившаяся в годы независимости в результате кардинальных реформ, на сегодняшний день продолжает меняться в рамках

программы «Манас Таалими». В соответствии с тремя основными законами: Законом «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 г., Законом «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004 г. и Законом «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 г., происходит формирование комплексной интегрированной системы здравоохранения, которая состоит из государственного и частного секторов. На рис. 2.1 представлена организационная структура, функционирующая в Кыргызстане в настоящее время.

### **2.3.1 Парламент**

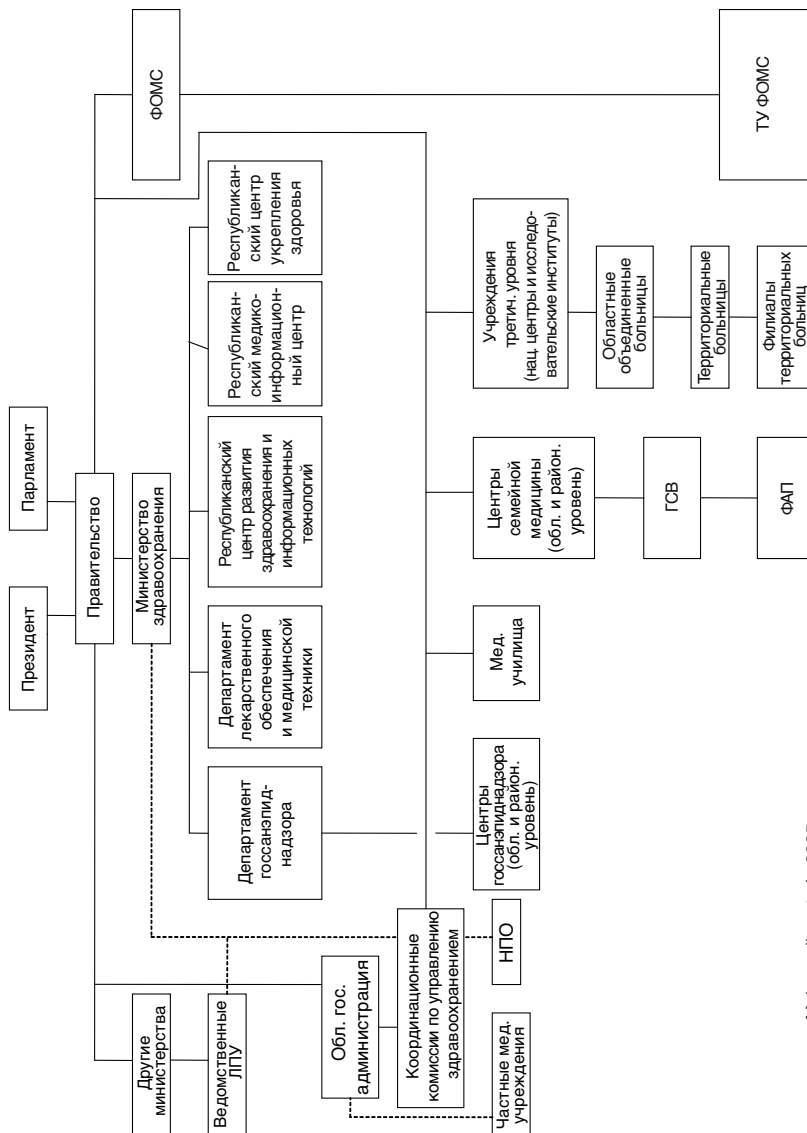
В соответствии с законодательством парламент (Жогорку Кенеш) рассматривает и принимает законодательные акты в области охраны здоровья. Право законодательной инициативы (ст. 64 Конституции Кыргызской Республики, 2007) принадлежит 300 тысячам избирателей (народная инициатива), президенту Кыргызской Республики, парламенту, правительству. Кроме того, парламент ежегодно заслушивает отчет министра здравоохранения.

### **2.3.2 Правительство**

К полномочиям правительства Кыргызской Республики в области охраны здоровья граждан относятся:

- обеспечение конституционных прав граждан в области охраны здоровья;
- утверждение единой государственной политики в области охраны здоровья граждан и мониторинг ее осуществления;
- разработка стратегии развития здравоохранения по согласованию с парламентом;
- принятие, финансирование и контроль реализации национальных программ по охране здоровья граждан;
- координация и руководство деятельностью органов государственной власти по вопросам охраны здоровья граждан;
- представление ежегодно в Жогорку Кенеш доклада о состоянии здоровья граждан Кыргызской Республики, о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Кыргызской Республики и исполнении консолидированного бюджета здравоохранения.

Рисунок 2.1  
Организационная структура здравоохранения



Источник: адаптировано из Meimanaliev et al., 2005.

Координацию деятельности на уровне правительства осуществляет вице-премьер, курирующий социальные вопросы. С целью принятия согласованных решений при правительстве функционируют различные наблюдательные советы и комиссии.

### **2.3.3 Министерство здравоохранения**

В соответствии с Законом «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики», принятым в январе 2005 г., на Министерство здравоохранения, как на центральный орган государственного управления, возложены следующие функции:

- разработка и реализация законов и иных нормативно-правовых актов, включая приказы министерства;
- разработка и реализация национальных программ по улучшению состояния здоровья населения;
- организация предоставления услуг здравоохранения населению и принятие мер по реструктуризации и оптимизации системы здравоохранения с учетом потребности населения в медицинских услугах;
- разработка и внедрение мер по улучшению доступности медицинских услуг для социально уязвимых категорий населения, включая доступность дорогостоящих и высокотехнологичных видов медицинской помощи, разработка и внедрение системы контроля качества медицинских услуг;
- государственная регистрация и учет медицинских, фармацевтических кадров, подбор руководителей организаций здравоохранения;
- лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности и контроль за соблюдением процедур и стандартов аккредитации организаций здравоохранения;
- разработка нормативных документов, регулирующих финансирование здравоохранения, санитарно-эпидемиологического надзора, услуг общественного здравоохранения, ценообразование на медицинские услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения;
- регулирование, координация и контроль деятельности государственных и частных организаций здравоохранения, включая медицинские организации, организации санитарно-эпидемиологической службы, научно-исследовательские институты и образовательные учреждения;



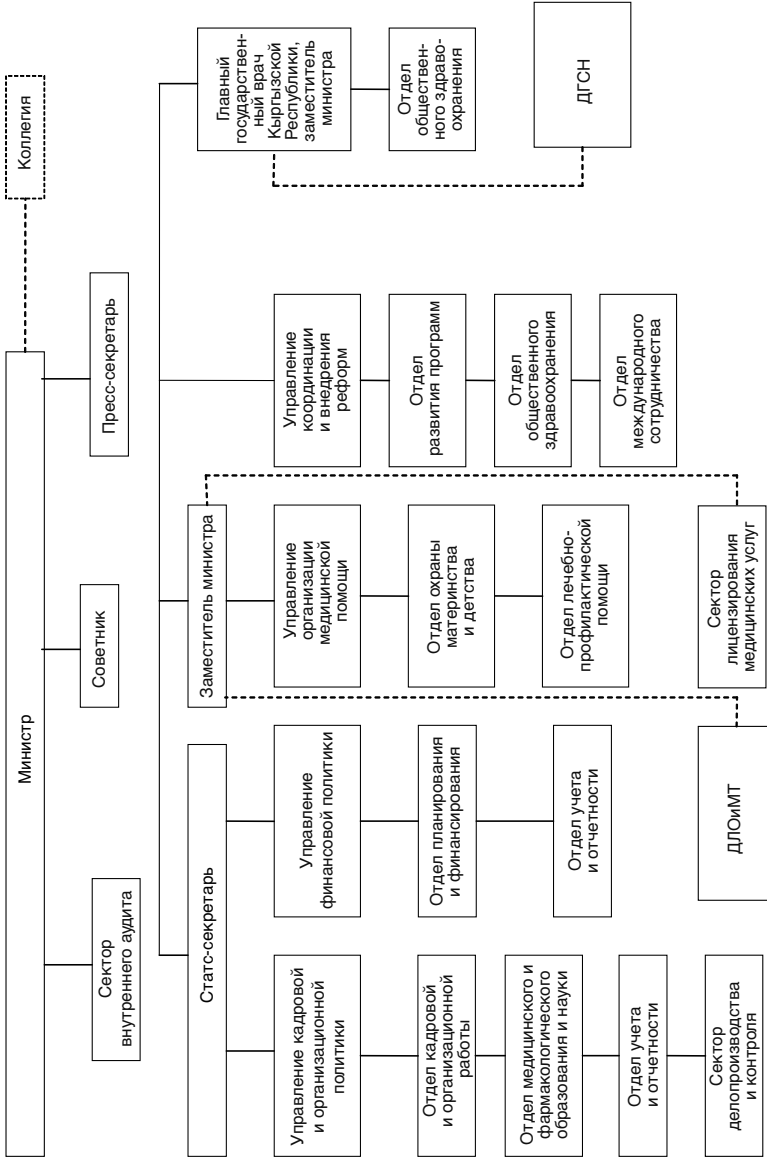
- мониторинг и оценка состояния здоровья населения, реализуемых программ в области охраны и укрепления здоровья, хода реформы здравоохранения, достижения целей развития тысячелетия;
- сотрудничество с государственными и международными организациями, обеспечение выполнения межгосударственных и международных соглашений в области охраны и укрепления здоровья.

Министр здравоохранения назначается указом президента. Министр имеет статс-секретаря и трех заместителей министра, назначаемых распоряжением премьер-министра. До декабря 2009 г. каждый заместитель курировал одно из трех направлений: (1) общая координация системы предоставления индивидуальных медицинских услуг, (2) общественное здравоохранение и (3) Фонд обязательного медицинского страхования. На рис. 2.2 представлена новая структура Министерства здравоохранения, которая действует с января 2010 г.

В настоящее время Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора и Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники являются самостоятельными юридическими лицами, непосредственно подотчетными главному санитарному врачу и заместителю министра здравоохранения соответственно. Под непосредственным руководством Министерства здравоохранения находятся также Республиканский центр развития системы здравоохранения и информационных технологий, Республиканский медицинский информационный центр, национальные центры и научно-исследовательские институты, а также учреждения медицинского и фармацевтического образования.

Надзор за инфекционными заболеваниями, санитарный надзор и контроль осуществляются Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора, который возглавляется генеральным директором и первым заместителем генерального директора. Департамент подразделяется на отделы санитарно-эпидемиологического надзора, государственной санитарной инспекции и контроля лабораторных исследований. Кроме того, в состав санитарно-эпидемиологической службы входят несколько самостоятельных юридических лиц, таких как Республиканская ассоциация по СПИДу, Республиканский центр иммунопрофилактики, Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций, Республиканский центр формирования здорового образа жизни и Научно-исследовательский институт профилактической медицины, которые непосредственно отчитываются перед заместителем министра, являющимся главным санитарным врачом. Департамент государственного

**Рисунок 2.2**  
**Организационная структура Министерства здравоохранения**



Источник: Министерство здравоохранения, 2011.

го санитарно-эпидемиологического надзора был создан в 1997 г. на базе Республиканской СЭС и санитарно-эпидемиологического управления Министерства здравоохранения и до недавнего времени являлся основным органом, отвечающим за общественное здравоохранение в стране. Это привело к возникновению конфликта интересов, когда вопросы формирования политики, нормативов, стандартов и вопросы исполнения находились в ведении одной структуры. С целью упразднения конфликта интересов в 2006 г. в структуре Министерства здравоохранения был открыт отдел общественного здравоохранения, который в настоящее время является ответственным за формирование политики в области общественного здравоохранения.

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛЮМТ) отвечает за лекарственную политику, мониторинг и оценку качества лекарственных средств. Департамент проводит регистрацию фармацевтических препаратов, выдает лицензии производителям и дилерам лекарственных средств, осуществляет мониторинг обеспеченности медицинским оборудованием государственных организаций здравоохранения республики. Департамент возглавляется генеральным директором и был создан в 1997 г. на базе Республиканского центра по стандартизации и контролю качества лекарственных средств и медицинской техники, управления Министерства здравоохранения по лекарственным средствам и медицинской технике и лекарственного комитета Министерства здравоохранения.

Центр развития здравоохранения был создан Министерством здравоохранения 11 ноября 2005 г. в соответствии с запланированными институциональными изменениями, предусмотренными в программе «Манас Таалими». В 2009 г. он был переименован в Республиканский центр развития системы здравоохранения и информационных технологий. Центр создавался с целью укрепления системы здравоохранения посредством продвижения доказательной медицины, улучшения библиотечных услуг, дальнейшего развития единой медицинской информационной системы, обучения руководителей здравоохранения, финансовых сотрудников и представителей службы общественного здравоохранения, а также оказания содействия Министерству здравоохранения в мониторинге, проведении оценки и анализа реформ здравоохранения. Однако 17 июля 2009 г. функция мониторинга, оценки и анализа реформ здравоохранения была передана Центру анализа политики здравоохранения – общественному фонду, который в течение предшествующих 9 лет технически и финансово поддерживался Департаментом по международно-

му развитию Великобритании (DFID) и Европейским региональным бюро ВОЗ.

Республиканский медицинский информационный центр несет ответственность за сбор и анализ медицинской и статистической информации и за ее предоставление другим субъектам, действующим в системе здравоохранения, в том числе Национальному комитету по статистике, Министерству здравоохранения, ФОМС, медицинским учреждениям, международным организациям и другим пользователям медицинской и статистической информацией. Сбор данных на областном уровне осуществляется областными и городскими медицинскими информационными центрами, а на районном уровне – медицинскими информационными отделами, расположенными в центрах семейной медицины (ЦСМ).

#### **2.3.4 Фонд обязательного медицинского страхования**

ФОМС является «единым плательщиком» в секторе здравоохранения с функцией аккумулирования средств здравоохранения и закупки медицинских услуг, оказываемых в рамках ПГГ. Используя подход бюджетирования программ, ФОМС администрирует две из пяти программ Министерства здравоохранения – ПГГ и Программу дополнительного лекарственного обеспечения. Министерство здравоохранения курирует три другие программы: общественное здравоохранение, фонд высоких технологий и другие, включая вертикальные системы, образование, науку и администрирование. ФОМС несет ответственность за управление качеством медицинских услуг и развитие информационных систем. Фонд осуществляет деятельность через свои территориальные управления, представленные в каждой области, а также в г. Бишкек. В 1997 г. фонд первоначально был создан при правительстве, позже, в 1998 г., он был передан в ведение Министерства здравоохранения. ФОМС подотчетен Министерству финансов в сфере использования бюджетных средств и финансирования здравоохранения. В декабре 2009 г. ФОМС был выведен из структуры Министерства здравоохранения и передан правительству Кыргызской Республики.

#### **2.3.5 Местные администрации**

Местные государственные администрации несут ответственность за здравоохранение на своей территории в соответствии с Законом Кыргызской Республики № 6 от 9 января 2005 г. «Об охране здоровья гражд-

дан Кыргызской Республики». Министерство здравоохранения координирует и контролирует их через координационные комиссии по управлению здравоохранением. Эти комиссии несут ответственность за реализацию государственной политики и программ здравоохранения, разрабатывают и осуществляют территориальные программы здравоохранения. Ежегодно местные государственные администрации представляют отчет о состоянии здоровья населения своей территории в местные кенешы.

### **2.3.6 Параллельные медицинские службы**

Продолжается оказание медицинских услуг медицинскими службами других министерств и ведомств. Параллельная система включает в себя медицинские службы Министерства внутренних дел (3), Министерства юстиции (19), Министерства чрезвычайных ситуаций, Министерства труда и миграции (1), Министерства образования (10), Министерства обороны (19), Службы национальной безопасности (2), Службы национальной гвардии (1), межотраслевых объединений (7). В 2008 г. расходы на содержание параллельной системы здравоохранения составляли около 5% общих государственных расходов на здравоохранение (Министерство здравоохранения, 2009а). Данные медицинские службы находятся в непосредственном подчинении соответствующих ведомств и финансируются из республиканского бюджета.

### **2.3.7 Частный сектор**

С момента обретения независимости страны постепенно формируется частный сектор здравоохранения. Формирование частного сектора началось с аптечных учреждений, постепенно частный сектор расширялся за счет включения учреждений, предоставляющих другие медицинские услуги. В 2008 г. более 2500 аптек и 40 частных организаций получили лицензию на деятельность в фармацевтическом секторе (Национальный комитет по статистике, 2009). В 2008 г. 231 частная фармацевтическая компания заключила контракты с ФОМС на предоставление услуг в рамках Программы дополнительного лекарственного обеспечения при оказании амбулаторной помощи (см. раздел 5 «*Предоставление медицинских услуг*»).

В 2007 г. более 600 врачей и около 230 юридических лиц занимались частной медицинской практикой (Чечейбаев и др., 2008). Частный сектор насчитывал около 350 коек, больше половины из которых находились в г. Бишкек. Основными видами специализированных медицинских услуг,

предоставляемых в частном секторе, являются гинекология, неврология и венерология. Кроме оказания услуг населению на платной основе, частные медицинские учреждения могут также предоставлять услуги государственным учреждениям на контрактной основе и принимать участие в программах ФОМС. Базовые медицинские услуги также предоставляются в 13 школах-интернатах, 7 детских садах, 31 санатории, 2147 школах, 112 технических колледжах, 78 учреждениях среднего образования и 51 учреждении высшего образования.

Частное страхование в стране не развито. В настоящее время существует несколько небольших компаний, которые предоставляют услуги частного медицинского страхования, но в основном это только для выезжающих за границу.

### **2.3.8 Союзы, профессиональные ассоциации и гражданское общество**

Неправительственные организации (НПО) появились в секторе здравоохранения прежде всего в форме профессиональных ассоциаций. В 2010 г. в республике осуществляют деятельность более 100 неправительственных организаций, занимающихся вопросами охраны здоровья граждан, среди них: Ассоциация врачей и фармацевтов, Ассоциация медицинских сестер, Ассоциации кардиологов, Ассоциация диабета, Ассоциация психического здоровья и доноров крови, Ассоциация общественного здравоохранения.

В рамках реформы здравоохранения тесно работают с Министерством здравоохранения два НПО: Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц, созданные в 1997 г. В основном сотрудничество принимает форму широкомасштабного обучения медицинских работников, распространения информации (через свои веб-сайты, информационные бюллетени и другие периодические издания), организации семинаров и конференций. Кроме того, обе ассоциации оказывают поддержку медицинским учреждениям в получении грантов и гуманитарной помощи (в виде медицинского оборудования и лекарственных средств). Они также работают в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения по пересмотру нормативно-правовой базы системы здравоохранения и принимают участие в работе различных консультативных и рабочих органов. В январе 2003 г. Ассоциация групп семейных врачей стала членом Всемирной ассоциации семейных врачей. Ассоциация больниц установила партнерство с Французской федерацией больниц,

кроме того, Кыргызстан был избран членом правления Международной федерации больничных учреждений.

В последние годы гражданское общество окрепло, стало активно следить за мероприятиями Министерства здравоохранения. Так, создана коалиция неправительственных организаций, которая должна будет в будущем сыграть важную роль в развитии политики здравоохранения.

### **2.3.9 Международные партнеры по развитию**

Комплексные реформы здравоохранения в Кыргызстане основывались на успешном сотрудничестве международных партнеров по развитию. В 1995 г. проекты ВОЗ, Всемирного банка и «ЗдравПлюс» ЮСАИД положили начало взаимовыгодному сотрудничеству этих организаций в области финансирования здравоохранения. Сотрудничество началось как неофициальный, широкосекторальный подход и перешло в официальный широкосекторальный подход, включающий в себя ряд других партнеров по развитию (см. раздел 3.1 «*Потоки денежных средств*»).

## **2.4 Децентрализация и централизация**

Как и в других странах Центральной Азии (Rechel и др., 2011), до последних реформ система здравоохранения была фрагментирована по четырем административным уровням: республиканскому, областному, районному/городскому и сельскому, – с дублированным обслуживанием населения (Мейманалиев, 2003). Кроме того, многие национальные программы, такие как программы иммунизации, осуществлялись в рамках отдельных вертикальных подсистем. Фрагментация бюджета представляла собой одну из главных проблем для реформы финансирования здравоохранения и системы предоставления медицинских услуг.

Одним из ключевых элементов реформы финансирования здравоохранения являлась централизация финансирования на областном уровне для обеспечения лучшего объединения рисков и разграничение функций финансирования и оказания медицинской помощи, единство которых приводило к поддержанию излишних мощностей (Мейманалиев, 2003). Также реформы предусматривали введение новых систем оплаты производителей медицинских услуг и предоставление им большей административной и финансовой автономии.

На областном уровне государственные власти вовлечены в управление здравоохранением по следующим направлениям (Meimanaliev et al., 2005):

- участие в координационных комиссиях по управлению здравоохранением;
- реализация кадровой политики;
- обеспечение социальной защиты наиболее уязвимых групп населения путем создания «социальных паспортов» и финансирования медицинской помощи пациентам, освобожденным от соплатежей.

Координационные комиссии по управлению здравоохранением являются коллегиальными органами, в состав которых входят представители центрального управления, а также соответствующих местных администраций, местных медицинских организаций и органов социальной защиты, областных управлений финансов, образовательных учреждений, ветеринарной службы, профсоюзов и НПО (Meimanaliev et al., 2005). Председателем координационной комиссии является глава областной администрации (мэры в городах Бишкек и Ош), который назначает членов комиссии. У председателя комиссии есть два заместителя: руководитель областного медицинского учреждения и руководитель территориального управления ФОМС. Комиссия собирается по необходимости, но не реже чем раз в квартал. Решения координационной комиссии являются обязательными для выполнения всеми местными медицинскими учреждениями. Координационная комиссия отчитывается перед соответствующей областной администрацией и Министерством здравоохранения. Основными функциями координационной комиссии по управлению здравоохранением являются:

- рассмотрение вопросов, связанных с управлением здравоохранения в соответствующем регионе, и согласование совместных действий;
- контроль исполнения законодательства по здравоохранению;
- реализация реформ здравоохранения и реструктуризация сети медицинских учреждений;
- планирование и координация мероприятий по укреплению и охране здоровья;
- мониторинг реализации национальных программ по здравоохранению, а также предоставление медицинской помощи в рамках ПГГ с целью обеспечения доступности и качества медицинских услуг;



- рассмотрение вопросов повышения эффективности использования материальных и финансовых ресурсов, а также мониторинг своевременного и полного перечисления средств для сектора здравоохранения;
- обеспечение своевременной межведомственной и межрегиональной связи.

Существует необходимость дальнейшего усиления ответственности местных государственных администраций и самоуправлений за здоровье населения, проживающего в регионе. Программа реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» предусматривает передачу некоторых административных полномочий в секторе здравоохранения с центрального уровня управления на местный, повышение эффективности координационных комиссий по управлению здравоохранением.

В течение последних лет некоторые функции Министерства здравоохранения были переданы НПО. В частности, аккредитация медицинских учреждений делегирована Медицинской аккредитационной комиссии. Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц вносят свой вклад в контроль качества медицинских услуг и принимают участие в разработке клинических протоколов. С 2007 г. полномочия аттестации медицинских специалистов делегированы некоторым профессиональным медицинским ассоциациям.

## 2.5 Планирование

Планирование и управление осуществляются Министерством здравоохранения, ФОМС, поставщиками медицинских услуг. Министерство здравоохранения является главным органом, определяющим политику в области охраны здоровья в стране. Стратегические документы, отражающие видение и политику, принимаются сроком на 5–10 лет. Для реализации этих документов разрабатываются планы на период осуществления стратегических документов. В частности, для реализации программы «Манас Таалими» подготовлены и утверждены приказом Министерства здравоохранения планы мероприятий до 2010 г., которые включают мероприятия по каждому компоненту программы (см. раздел 6 «*Основные реформы в области здравоохранения*»).

Ежегодно Министерство здравоохранения разрабатывает основные направления деятельности на предстоящий год. В этом документе находят отражение главные приоритетные мероприятия, которые планируют

ются на основе анализа медико-демографических показателей, показателей деятельности медицинских организаций, данных исследований, проводимых отделом анализа политики Министерства здравоохранения.

Управления Министерства здравоохранения ежегодно разрабатывают специфические планы, такие как проект бюджета здравоохранения на основе национальной политики и расчетных объемов средств, выделяемых на здравоохранение, планы закупок, планы по квотам в бюджетные отделения медицинских учебных заведений. ФОМС на основе постоянного анализа данных ежегодно планирует объемы помощи в рамках ПГГ и Программы дополнительного лекарственного обеспечения.

Поставщики медицинских услуг самостоятельно планируют свою деятельность в рамках предоставленной им финансовой и административной автономии. Медицинские учреждения, финансируемые в рамках системы единого плательщика, ежегодно подписывают с ФОМС договоры на предоставление определенных видов медицинских услуг.

Участие населения в планировании здравоохранения остается ограниченным. Тем не менее в пилотных областях обратная связь с населением используется в планировании здравоохранения. Проводятся разнообразные социологические исследования, включая опросы, фокус-группы и совместную оценку для изучения мнения о доступности и качестве медицинской помощи (см. раздел 7 «Оценка системы здравоохранения»).

## 2.6 Медицинские информационные системы

В соответствии с Законом «О государственной статистике» (2007 г.) данные о смертности, заболеваемости, рождаемости собирает Национальный комитет по статистике через свои региональные структуры. В то же время Республиканский медицинский информационный центр также собирает данные для внутренних нужд сектора здравоохранения. Данные этих двух баз могут немного различаться при расчетах относительных показателей, поскольку демографические данные по количеству населения вырабатываются этими двумя организациями отдельно.

На ведомственном уровне Министерство здравоохранения имеет свою систему сбора и обработки данных. Система состоит из подсистем, существует несколько структур, собирающих информацию. Это Республиканский медицинский информационный центр, Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН), ФОМС. Кроме того, сбор информации осуществляют республиканские центры

(Центр фтизиатрии, Центр СПИДа, Центр охраны материнства и детства, Центр наркологии и т. д.), которые занимаются внедрением соответствующих вертикальных программ. Все республиканские центры в свою очередь представляют информацию в Республиканский медицинский информационный центр (РМИЦ), который ежегодно издает статистический сборник «Здоровье населения в Кыргызской Республике», содержащий значительный объем статистической информации, включая индикаторы здоровья по областям и районам.

Унаследованная от советского периода информационная система с несколькими структурами, собирающими информацию, породила ряд проблем. Во-первых, использование различных инструментов сбора увеличивало нагрузку на медицинские организации. Кроме того, собираемая информация была несопоставима между собой, так как использовались различные программные продукты и платформы, что существенно затрудняло обмен между базами данных.

С целью упорядочения сложившейся ситуации Министерством здравоохранения была разработана Концепция развития единой информационной системы на 2001–2010 гг. Эта концепция предполагает формирование единой трехуровневой (республиканской, областной, районной/городской) информационной системы Министерства здравоохранения с созданием центрального информационного портала (см. раздел 4.1.4. «*Информационные технологии*»). Следующим шагом было решение о пересмотре и унификации всех собираемых с медицинских организаций форм статистической отчетности. В настоящее время все разрабатываемые организациями формы статистической отчетности предоставляются на рассмотрение в РМИЦ с последующим утверждением Национальным комитетом по статистике.

Были осуществлены значительные инвестиции в создание единой медицинской информационной системы. В 2002 г. Министерство здравоохранения создало медицинские информационные отделы в ЦСМ на областном и районном уровнях, которые собирают первичные данные по показателям здоровья. Эти отделы подчиняются Республиканскому медицинскому информационному центру и направляют туда собранные данные. Кроме того, они осуществляют первичный ввод данных, необходимых для обеспечения лекарственными средствами, гарантии качества медицинских услуг и обмена информацией с медицинскими службами на областном уровне.

Фондом обязательного медицинского страхования создана информационная система, которая включает комплексные данные по выписан-

ным пациентам и данные по обеспечению качества медицинских услуг. С ее помощью также составляются финансовые отчеты всех медицинских учреждений, включенных в систему единого плательщика. Территориальные управления ФОМС на областном уровне собирают первичные данные по финансированию и направляют их в ФОМС на национальном уровне.

При Республиканском центре развития здравоохранения и информационных технологий был создан отдел информационных технологий, который отвечает за создание единой медицинской информационной системы по всей стране. Сюда входит установка программного обеспечения в каждом медицинском учреждении для сбора данных и передачи их на центральный уровень.

Ввиду того что ФОМС отделился от Министерства здравоохранения, в настоящее время идут переговоры о создании отдельного юридического лица – Центра информационных технологий. Новый центр будет напрямую подчиняться Министерству здравоохранения и ФОМС. Его центральная роль будет заключаться в исключении дублирования функций обработки данных и достижения более эффективного использования компьютерного и коммуникационного оборудования.

## 2.7 Регулирование

Программа «Манас Таалими» предполагает переход от командно-административной системы управления к управлению, основанному на развитии партнерских взаимоотношений с участниками системы, с четким разделением функций, внедрением методов управления, ориентированных на достижение поставленных целей и планируемых результатов, созданием атмосферы открытости и обратной связи.

В условиях разделения функций «покупателя» и «поставщика» медицинских услуг, передачи большей финансовой и административной автономии поставщикам, постепенного вовлечения частных поставщиков медицинских услуг усиление механизмов управления и планирования становится особенно актуальным (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Общее управление системой здравоохранения по-прежнему во многом следует иерархической модели «сверху вниз». Законы принимаются Жогорку Кенешем, правительство принимает постановления или другие нормативные акты. Министерство здравоохранения издает соответствующие приказы, обязательные к исполнению всеми государственными медицинскими учреждениями. В свою очередь администрация меди-

цинских учреждений издает внутренние приказы с указанием сроков, действий и ответственных исполнителей. Далее администрация контролирует их исполнение и докладывает министерству о достигнутых результатах.

Министерство здравоохранения непосредственно курирует республиканские медицинские учреждения, такие как научно-исследовательские институты и национальные центры. Оно также курирует Кыргызскую государственную медицинскую академию, хотя в последнее время ему не удавалось контролировать количество поступающих абитуриентов. Министерством назначаются руководители государственных учреждений здравоохранения третичного уровня. Директора научно-исследовательских центров/институтов избираются соответствующими учеными советами. Руководители муниципальных организаций здравоохранения назначаются местными государственными администрациями по согласованию с Министерством здравоохранения (Правительство Кыргызской Республики, 2005).

Основные регулятивные функции Министерства здравоохранения включают разработку методических руководств, обязательных для всех поставщиков медицинских услуг; лицензирование и аттестацию поставщиков медицинских услуг; а также обеспечение качества медицинской помощи. Кроме того, Министерство здравоохранения координирует деятельность доноров в секторе здравоохранения и распределяет гуманитарную помощь. Оно также централизованно закупает медикаменты и медицинское оборудование для государственных медицинских учреждений. В настоящее время Министерство здравоохранения передает часть своих функций по аттестации специалистов профессиональным медицинским организациям, однако этот процесс тормозится в связи с неготовностью ассоциаций.

Министерству финансов принадлежит ключевая роль в бюджетном процессе, так как оно обладает фискальными полномочиями в распоряжении бюджетными средствами. Однако с введением системы «единого плательщика» роль министерства изменилась, оно стало заниматься сбором средств на здравоохранение и определением контрольных цифр по уровню бюджета для Министерства здравоохранения и ФОМС. Министерство финансов все еще играет ведущую роль в финансировании здравоохранения (см. раздел 3 «Финансирование»).

На региональном уровне регулирование здравоохранения является функцией местных государственных администраций. До масштабной реформы местных органов управления 2000 г. эти функции выполнялись областными управлениями здравоохранения. После их упраздне-

ния они были переданы областным объединенным больницам, а затем наблюдательным советам по управлению здравоохранением, которые в 2003 г. стали называться координационными комиссиями по управлению здравоохранением.

На уровне учреждения планирование, регулирование и управление возложены на администрацию учреждения, которая имеет финансовую и управленческую автономию. Руководитель государственного или муниципального учреждения здравоохранения должен иметь высшее образование в области медицины, экономики или государственного управления, пройти аттестацию и обучение на курсах по управлению здравоохранением.

Регулирование деятельности частных поставщиков медицинских услуг, включая целителей (практикующих методы традиционной медицины), основано на лицензировании. Частные поставщики медицинских услуг обязаны вести и представлять все необходимые документы и статистику. Взаимодействие между частными и государственными поставщиками медицинских услуг, включая участие в выполнении ППГ, основано на договорных отношениях.

## **2.8 Права пациентов и усиление их участия в системе здравоохранения**

### **2.8.1 Права пациентов**

Права пациентов регулируются главой 9 Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (от 9 января 2005 г.), в соответствии с которой пациенты имеют право на:

- получение доступной качественной медицинской помощи в организациях здравоохранения, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой;
- выбор лечащего врача в амбулаторных и стационарных организациях;
- получение льготных медицинских, лекарственных, ортопедических и других услуг в организациях здравоохранения в порядке, установленном правительством Кыргызской Республики;
- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- обследование, профилактику, лечение, медицинскую реабилитацию и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- участие в научных и медицинских экспериментах с письменного согласия пациента и в порядке, установленном уполномоченным государственным органом Кыргызской Республики в области здравоохранения;
- допуск адвоката или иного законного представителя для защиты прав пациентов;
- допуск священнослужителя, а в больнице – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутреннего распорядка больницы;
- отказ от участия студентов медицинских образовательных организаций в процессе диагностики, лечения.

## 2.8.2 Информация для пациентов

В соответствии с Законом «Об информации» от 28 декабря 2006 г. каждое государственное агентство обязано предоставлять соответствующую информацию гражданам, неправительственным организациям в течение двух недель. Этим правом в настоящее время широко пользуются неправительственные организации, направляя запросы в Министерство здравоохранения, ФОМС, ДГСЭН и ДЛОМТ.

Информация о правах граждан в области охраны здоровья доступна на веб-сайтах Министерства здравоохранения и ФОМС. Кроме того, ФОМС проводит широкую разъяснительную работу с населением, выпуская буклеты, статьи в средствах массовой информации, организовывая выступления по телевидению и радио.

Телефоны доверия есть в центральном офисе ФОМС и во всех областных управлениях. По телефону доверия граждане могут получить любую информацию относительно услуг здравоохранения, прав граждан при получении медицинской помощи. Несмотря на это, уровень информированности населения о своих правах в сфере охраны здоровья остается недостаточным и составляет 45,9% (см. раздел 7 «Оценка системы здравоохранения»).

## 2.8.3 Порядок подачи и рассмотрения жалоб

Несмотря на то что широкий круг прав пациента включен в Закон «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики», некоторые из них

не соблюдаются. Многие проблемы с их реализацией возникают в результате недофинансирования сектора здравоохранения. Так, пациенты не получают все услуги, на которые они имеют право по закону.

Существует несколько механизмов для обеспечения обратной связи с населением и пациентами в секторе здравоохранения (Ибраимова и Катцин, 2002):

- обращения граждан в общественную приемную Министерства здравоохранения;
- прием граждан по личным вопросам министром здравоохранения, его заместителями, начальниками управлений Министерства здравоохранения и руководителями подведомственных организаций в установленные часы приема;
- письменные обращения граждан в Министерство здравоохранения и подведомственные организации;
- обращения граждан в средства массовой информации в специальные рубрики («Вопросы и ответы», «горячая линия», «спрашивайте – отвечаем» и др.);
- обращения граждан по телефонам доверия.

При нарушении прав пациентов они могут обратиться с жалобой к руководителю или сотрудникам той медицинской организации, где они получали медицинскую помощь, в соответствующую профессиональную ассоциацию, Министерство здравоохранения или в гражданский суд. Все обращения граждан регистрируются, при необходимости проведения служебного расследования создается комиссия. При выявлении комиссией нарушений прав граждан при получении медицинской помощи комиссия ставит в известность руководителя организации здравоохранения, который налагает административное взыскание на лиц, допустивших нарушения. Если доказано, что пациент уплатил незаконные платежи, принимаются меры по возвращению незаконно выплаченных сумм.

В соответствии с Законом «Об обязательном медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» (от 18 октября 1999 г.) и нормативными документами, регулирующими управление и контроль качества медицинских услуг, территориальное управление ФОМС налагает штрафные санкции на организацию здравоохранения в случае, если будет выявлено некачественное лечение, нарушение прав пациента. При выявлении нарушений в результате проверок по жалобам или в ходе контроля целевого использования финансовых средств (при плано-



вых проверках по поручению руководства Министерства здравоохранения, ФОМС, местных администраций) специалисты территориального управления ФОМС передают материалы руководству Министерства здравоохранения.

ФОМС несет основную ответственность по защите прав пациента на получение медицинской помощи. В структуре ФОМСа есть специальные отделы (как в центральном офисе, так и в региональных управлениях), основной функцией которых является работа непосредственно с пациентами по защите их прав (Правительство Кыргызской Республики, 2005).

Каждый отдел в региональном управлении выполняет следующие задачи:

- обеспечивает работу «горячей линии»;
- занимается разбирательством жалоб и обеспечением принятия мер, направленных на исправление ситуации;
- проводит информационные и просветительские кампании по правам человека;
- работает с организациями гражданского общества по вопросам прав пациента, в частности в области ВИЧ/СПИД;
- обеспечивает взаимодействие с расширенной системой обеспечения качества;
- проводит регулярно опросы удовлетворенности пациентов.

Телефон «горячей линии» можно увидеть во всех медицинских учреждениях. Кроме того, он постоянно рекламируется в местных газетах, а иногда распространяется непосредственно среди населения на календарях или другой рекламной продукции. Цель создания «горячей линии» – получать звонки от пациентов о незаконных платежах, пренебрежительном отношении, низком качестве услуг или о случаях отказа в услугах на почве дискриминации, например наличие определенных заболеваний, неспособность заплатить или другие причины. При поступлении информации специалист отдела регистрирует этот звонок в базе данных для последующих действий, таких как посещение сотрудниками отдела учреждения, на которое поступила жалоба. Если при проверке жалоба подтвердилась, ФОМС официально требует от учреждения принять конкретные меры по исправлению ситуации в определенные сроки. Дело остается открытым до тех пор, пока ФОМС не подтвердит, что необходимые меры приняты. Если первоначальным рекомендациям не последовали, ФОМС переходит к дальнейшим действиям.

Звонок по «горячей линии» является бесплатным, но отсутствие телефонной связи в отдельных районах сельской местности ограничивает доступ к этой линии. В центральный отдел поступает приблизительно 8–10 звонков в день, и восемь штатных сотрудников обеспечивают контроль (Министерство здравоохранения, 2010b). На областной уровень поступает приблизительно 3–4 звонка в день, и в каждом отделе работает 3–4 сотрудника.

Кроме того, для реагирования на конкретные жалобы эксперты из каждого регионального отдела выборочно посещают избранные учреждения с целью проверки качества оказываемых медицинских услуг, проведения оценки объема и использования официальных соплатежей и соблюдения правил уважительного отношения медицинского персонала к пациентам. Несоблюдение утвержденных клинических протоколов и прав пациентов фиксируется, а затем направляется официальное письмо руководителю учреждения, от которого требуется отреагировать в установленные сроки, предоставив доказательства принятых мер по исправлению недостатков. Эти выборочные проверки проводятся ежеквартально.

## 3. Финансирование

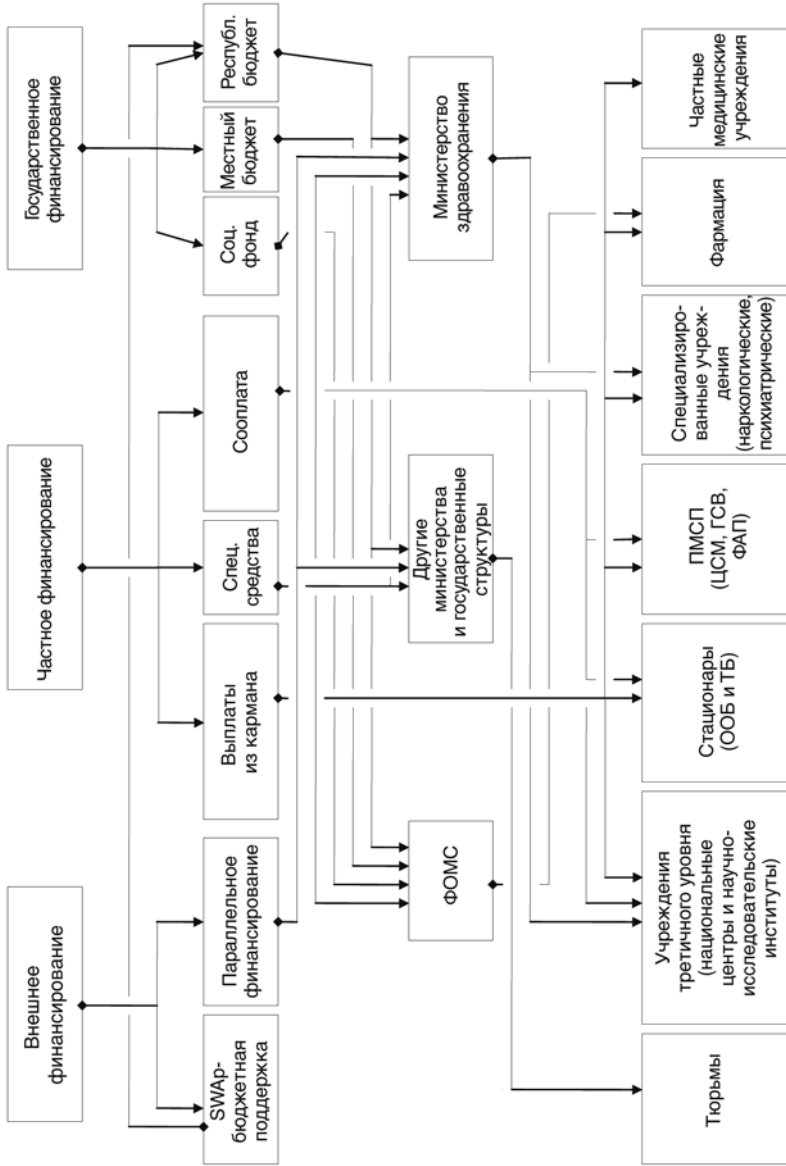
### 3.1 Потоки денежных средств

Система здравоохранения Кыргызстана финансируется из трех основных источников: государственных, частных и внешних средств (Темиров и Акказиева, 2007). Государственные источники включают средства государственного бюджета и средства обязательного медицинского страхования (формируется за счет налогов на заработную плату). Частные средства включают личные расходы граждан. Внешние средства включают средства, поступающие от международных организаций и доноров. На рис. 3.1 показан поток денежных средств в системе здравоохранения Кыргызской Республики.

Из республиканского бюджета средства направляются в Министерство здравоохранения, ФОМС и другие министерства и ведомства. Министерство здравоохранения финансирует учреждения третичного уровня и санитарно-эпидемиологическую службу и ее учреждения. ФОМС аккумулирует средства на республиканском уровне, включая средства обязательного медицинского страхования и социального фонда, и распределяет средства по регионам на финансирование медицинских услуг, предоставляемых в рамках ППГ медицинскими учреждениями на первичном и вторичном уровнях. Другие министерства и ведомства финансируют принадлежащие им учреждения здравоохранения из собственных средств, например военный госпиталь финансирует Министерство обороны (Темиров и Акказиева, 2007).

В отличие от Казахстана, Таджикистана и Узбекистана, где в основном государственные финансовые средства аккумулируются и расходуются на региональном (областной и районный) уровне (Rechel et al., 2011), в Кыргызстане практически отсутствует финансирование медицинских учреждений за счет местных бюджетов. Такая ситуация сложилась в результате принятого Закона от 25 сентября 2003 г. «О финансово-экономических основах местного самоуправления». Этот закон позволил к 2006 г.

**Рисунок 3.1**  
**Финансовые потоки в системе здравоохранения**



Источник: адаптировано из Темиров и Акказиева, 2007.

перевести бюджетные средства с четырехуровневого (республиканский, областной, районный и местный) на двухуровневый бюджет (национальный и местный). В рамках реализации этого закона и после ряда переговоров и консультаций Министерство здравоохранения и Министерство финансов пришли к согласию о переводе средств здравоохранения с регионального уровня (областной и районный) на республиканский. Исключение составил город Бишкек, где финансирование здравоохранения сохраняется на уровне местного бюджета, так как он является организацией местного самоуправления.

Средства, полученные в результате сбора страховых взносов на ОМС, направляются в ФОМС на реализацию ПГГ и Программы дополнительного лекарственного обеспечения застрахованных.

Частные расходы на здравоохранение в основном представлены в виде прямых платежей граждан за предоставляемые медицинские услуги на первичном, вторичном и третичном уровнях, а также расходов на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении. Эти выплаты могут быть формальными (официальные соплатежи или оплата услуг немедицинского характера) и неформальными. Наибольшая доля частных расходов приходится на приобретение лекарственных средств при амбулаторном лечении (Темиров и Акказиева, 2007).

С 2001 г., когда на пилотной основе были введены официальные соплатежи, большая часть платежей пациентов была инкорпорирована в систему официальных соплатежей. «Специальные средства» включают в себя оплату гражданами немедицинских услуг (например, аренда, транспорт), оплату медицинских услуг, оказываемых иностранным гражданам, оплату стоматологических услуг (кроме услуг, включенных в ПГГ) и медицинских услуг, не входящих в ПГГ (такие как аборт, некоторые лабораторные исследования, косметическая хирургия или анонимное лечение) (Meimanaliev et al., 2005).

Начиная с 2006 г. часть средств от международных агентств по развитию, направляемых на развитие системы здравоохранения Кыргызстана, начала поступать в рамках широкосекторального подхода (SWAp). В рамках этого подхода выделяемые на здравоохранение деньги стали вливаться в общий государственный бюджет страны. Внешнее совместное финансирование в рамках SWAp осуществляется такими международными организациями, как Всемирный банк, Департамент Великобритании по международному развитию (DfID), Немецкий банк развития (KfW), Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству (SDC) и Шведское агентство международного развития и сотрудничест-

ва (SIDA). Остальные внешние средства на развитие системы здравоохранения страны направляются в форме параллельного финансирования для реализации различных проектов и поступают из таких международных организаций, как DFID, ЮСАИД, KfW, SDC, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, «Врачи без границ», Международный комитет Красного Креста и Центральноазиатский проект по контролю СПИДа, финансируемый Всемирным банком.

## 3.2 Расходы на здравоохранение

Как и в большинстве других стран бывшего Советского Союза, расходы на здравоохранение в Кыргызстане резко сократились в первые годы после обретения независимости. В Кыргызстане основной причиной снижения расходов на здравоохранение было сокращение ВВП, снижение государственных расходов, исчисляемое в процентах от ВВП, и снижение расходов на здравоохранение из республиканского и местных бюджетов. В течение 1995 и 2000 гг. государственные доходы колебались между 17,5 и 21,3% ВВП. Государственные расходы, исчисляемые в процентах от ВВП, неуклонно снижались (за исключением 1998 г., когда они возросли) в силу неспособности правительства собирать доходы и усилий по нахождению финансового баланса между доходами и расходами государства. Одной из важных причин снижения расходов на здравоохранение явилось то, что в 1990-х гг. правительство в целом сокращало государственные расходы. Государственные расходы на здравоохранение вновь начали расти после 2000 г., в соответствии с проводимыми реформами системы финансирования отрасли (см. главу 6 «*Основные реформы в области здравоохранения*»).

В период с 2000 по 2008 г. общие расходы на здравоохранение, включая государственные, частные и внешние источники финансирования, выросли в номинальном выражении в 4 раза, увеличившись с 2,9 до 11,8 млрд сомов (Темиров и Нарманбетов, 2009). В реальном выражении (с поправкой на инфляцию) расходы выросли в этот период в 2,3 раза. За этот период общие расходы на здравоохранение увеличились с 4,4 до 6,4% ВВП (см. табл. 3.1).

В 2008 г. государственное финансирование (включая средства ФОМС) составило 2,4% ВВП (в 2000 г. – 2,1%), частные средства увеличились за этот же период с 2,3 до 3,4%, а внешнее параллельное финансирование в 2008 г. составило 0,4% ВВП (табл. 3.1). Общие

Таблица 3.1

## Общие расходы на здравоохранение, 2000–2008 гг. (отдельные годы)

	2000	2004	2005	2006	2007	2008
<i>В номинальном выражении</i>						
<b>Общие расходы здравоохранения (млн сом.)</b>						
Бюджет	1248,2	1809,0	2147,6	2421,0	2966,9	3873,0
ФОМС	105,1	338,2	254,5	466,9	704,5	476,8
Частные	1521,4	3090,6	3490,7	3921,9	4695,9	6373,6
Внешнее совместное фин-е				252,6	529,7	409,1
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	519,8	709,0
<b>Всего</b>	<b>2874,7</b>	<b>5237,8</b>	<b>5892,8</b>	<b>7062,4</b>	<b>9416,8</b>	<b>11841,6</b>
<b>Подушевые расходы на здравоохранение (в сомах)</b>						
Бюджет	255,0	353,3	419,4	472,8	579,4	756,3
ФОМС	21,5	66,0	49,7	91,2	137,6	93,1
Частные	310,8	603,6	681,7	765,9	917,0	1244,7
Внешнее совместное фин-е				49,3	103,4	79,9
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	101,5	138,5
<b>Всего</b>	<b>587,3</b>	<b>1022,9</b>	<b>1150,8</b>	<b>1379,2</b>	<b>1839,0</b>	<b>2312,5</b>
<b>Структура общих расходов здравоохранения по источникам (в %)</b>						
Бюджет	43,4	34,5	36,4	34,3	31,5	32,7
ФОМС	3,7	6,5	4,3	6,6	7,5	4,0
Частные	52,9	59,0	59,2	55,5	49,9	53,8
Внешнее совместное фин-е				3,6	5,6	3,5
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	5,5	6,0
<b>Всего</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Общие расходы здравоохранения (% ВВП)</b>						
Бюджет	1,9	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1
ФОМС	0,2	0,4	0,3	0,4	0,5	0,3
Частные	2,3	3,3	3,5	3,5	3,4	3,4
Внешнее совместное фин-е				0,2	0,4	0,2
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	0,4	0,4
<b>Всего</b>	<b>4,4</b>	<b>5,6</b>	<b>5,9</b>	<b>6,2</b>	<b>6,7</b>	<b>6,4</b>
<i>В реальном выражении (в ценах 2000 г.)</i>						
<b>Общие расходы здравоохранения (млн сом.)</b>						
Бюджет	1248,2	1544,3	1757,7	1876,5	2086,7	2187,9
ФОМС	105,1	288,7	208,3	361,9	495,5	269,3
Частные	1521,4	2638,3	2857,0	3039,7	3302,8	3600,6
Внешнее совместное фин-е				195,8	372,6	231,1
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	365,6	400,6
<b>Всего</b>	<b>2874,7</b>	<b>4471,4</b>	<b>4823,1</b>	<b>5473,8</b>	<b>6623,1</b>	<b>6689,6</b>
<b>Подушевые расходы на здравоохранение (в сомах)</b>						
Бюджет	255,0	301,6	342,0	361,6	399,4	414,7
ФОМС	21,5	56,4	40,5	69,7	94,8	51,0
Частные	310,8	515,2	556,0	585,7	632,2	682,4
Внешнее совместное фин-е				37,7	71,3	43,8
Внешнее параллельное фин-е	н/д	н/д	н/д	н/д	70,0	75,9
<b>Всего</b>	<b>587,3</b>	<b>873,2</b>	<b>938,5</b>	<b>1054,7</b>	<b>1197,8</b>	<b>1192,0</b>

*Примечание:* 1. Для расчета расходов на здравоохранение в реальном выражении был использован индекс потребительских цен (2000 = 100). 2. Частные расходы на здравоохранение за 2007–2008 гг. экстраполированы на основе существующих тенденций. Очередное обследование частных расходов на здравоохранение планируется провести в 2010 г., и это позволит уточнить данные за 2007–2008 гг.

*Источники:* Темиров и Нарманбетов, 2009.

расходы на здравоохранение на душу населения увеличились с 587 сомов в 2000 г. до 2313 сомов в 2008 г. в номинальном выражении и составили 1192 сомов в реальном выражении, учитывая инфляцию. Следует отметить, что расходы на здравоохранение в реальном выражении незначительно снизились в период 2007–2008 гг., что было вызвано высокими темпами инфляции в 2008 г. (24,5%). Однако за весь период 2000–2008 гг. общие расходы на здравоохранение увеличились более чем вдвое в реальном выражении. Несмотря на этот прогресс, реформы в области здравоохранения по-прежнему страдают от нехватки финансирования сектора, что ограничивает их потенциальное влияние на состояние здоровья населения и финансовую защиту населения.

Увеличивая государственные расходы с начала реализации программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими» и реализации SWAp, была надежда на улучшение деятельности систем здравоохранения в таких ключевых аспектах, как справедливость и состояние здоровья населения. Одним из ключевых условий внешних агентств по развитию для выделения средств в рамках SWAp являлось ежегодное увеличение государственного бюджета здравоохранения, исчисляемого в процентах от общего государственного бюджета, на 0,6%. Последняя Совместная обзорная миссия, прошедшая в июле 2010 г., отметила, что это условие полностью выполнялось на протяжении рассматриваемого периода. Доля государственных расходов на здравоохранение в общих государственных расходах увеличилась с 8,6% в 2003 г. до 9,8% в 2007 г. Большая часть частных расходов на здравоохранение осуществляется в форме личных расходов граждан (табл. 3.2).

**Таблица 3.2**

**Тенденции расходов на здравоохранение, 2003–2007 гг.**

	2003	2004	2005	2006	2007
Общие подушевые расходы на здравоохранение (долл. США, в текущем выражении)	20,4	24,6	28,4	35,9	46,4
Государственные расходы на здравоохранение (% государственных расходов)	8,6	8,2	8,4	10,2	9,8
Личные расходы граждан (% частных расходов на здравоохранение)	93,0	94,6	95,0	93,8	91,9

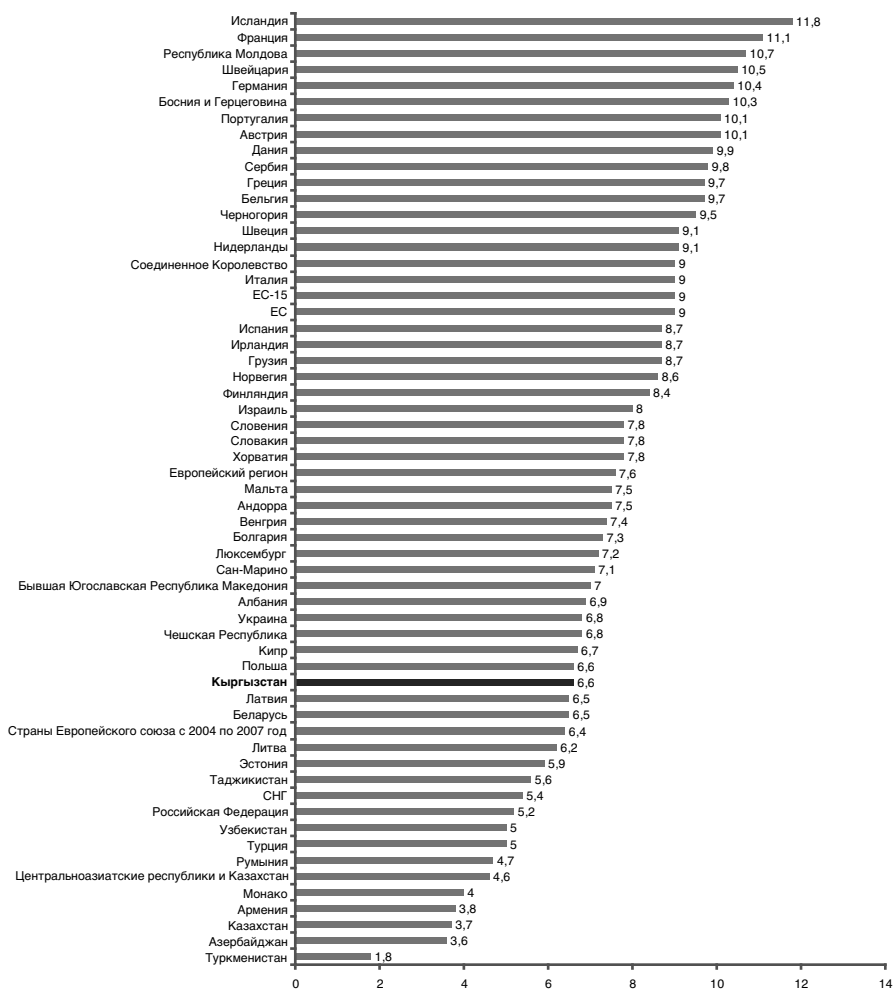
Источник: World Bank, 2011.

По сравнению со странами Европейского региона ВОЗ (рис. 3.2), а также странами СНГ и странами ЦАР (рис. 3.3) Кыргызстан тратит большую долю ВВП на здравоохранение, чем многие другие страны бывшего Советского Союза. Это особенно примечательно, так как в



Рисунок 3.2

### Общие расходы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (% ВВП), 2008 г., расчеты ВОЗ

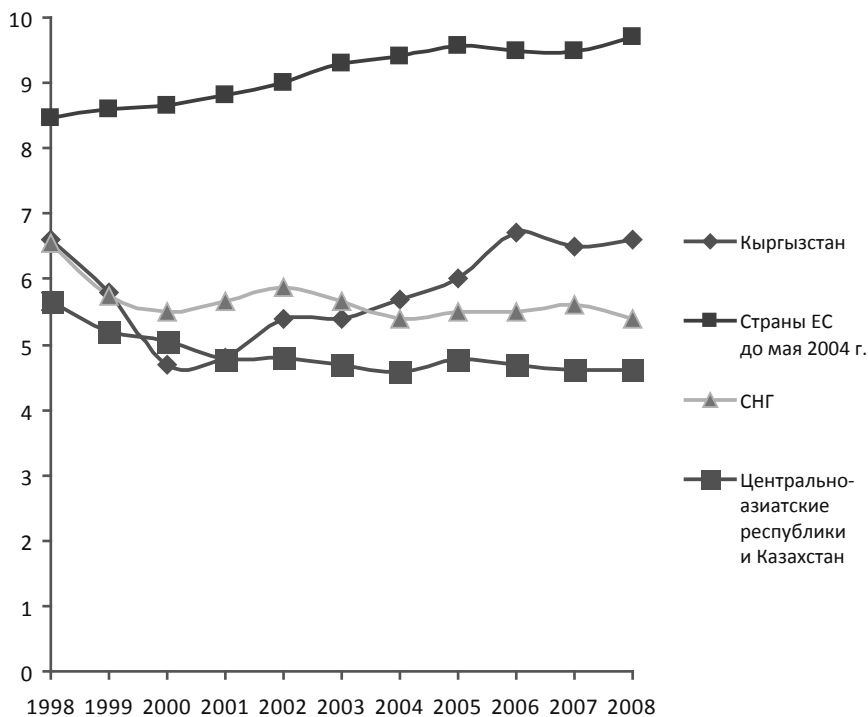


Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Кыргызстане ВВП на душу населения является одним из самых низких в Европейском регионе ВОЗ (ВОЗ, 2011). Как следствие, общие подушевые расходы на здравоохранение все еще остаются на достаточно низком уровне по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ (рис. 3.4). Кроме того, несмотря на то что в последние годы наблюдается тенденция увеличения государственных расходов на здравоохра-

Рисунок 3.3

**Общие расходы на здравоохранение в Кыргызстане, странах ЦАР, СНГ и ЕС-15 (% ВВП), 1998–2008 гг. (расчеты ВОЗ)**



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

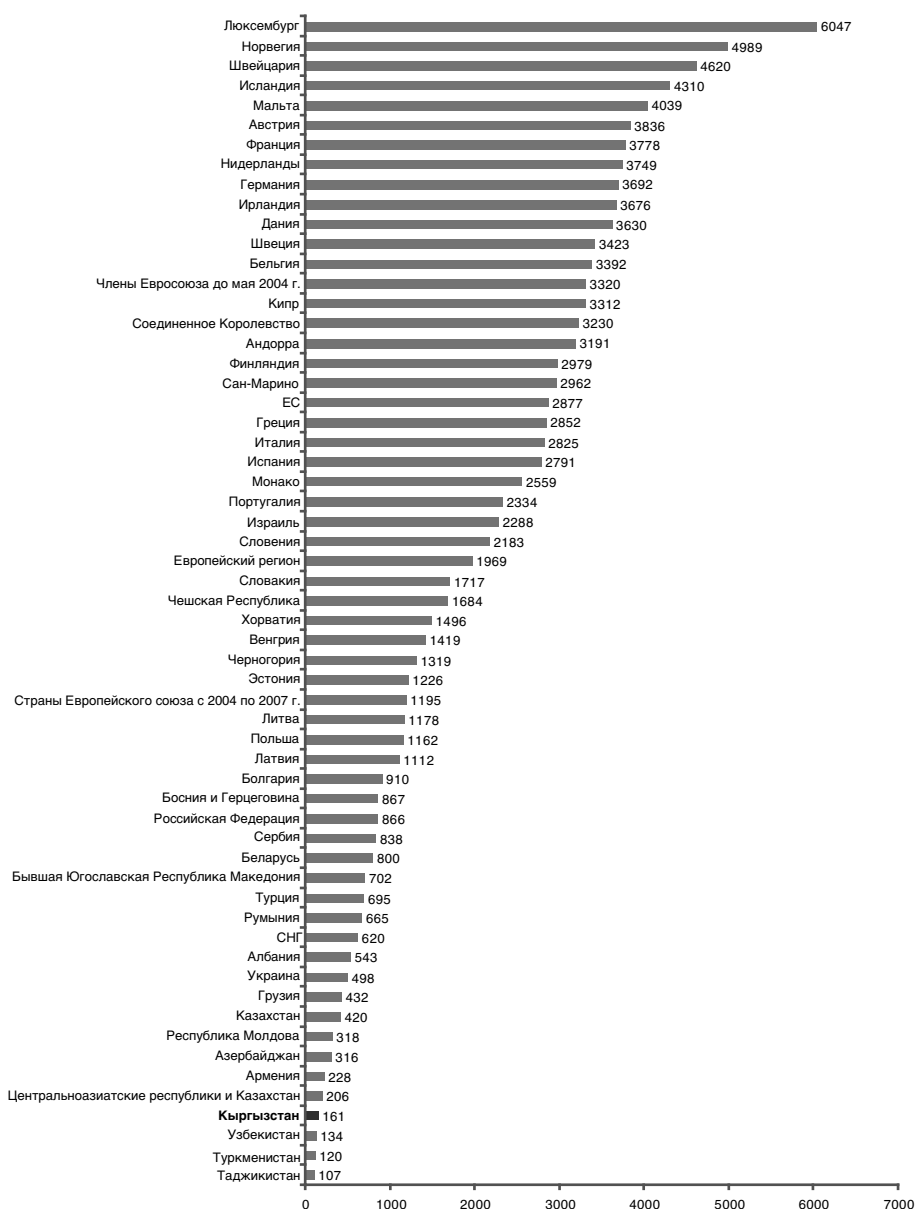
нение, на частные источники все еще приходится более половины всех расходов на здравоохранение (рис. 3.5).

### 3.3 Охват населения и право на медицинское обслуживание

Право населения на получение медицинской помощи определяется Программой государственных гарантий (Правительство Кыргызской Республики, 2006; Яacob & Манжиева, 2008). Программа государственных гарантий дает право всем пациентам на бесплатное получение первичной медицинской помощи, вне зависимости от статуса страхования и учреждения ПМСП, к которому приписан пациент. Соплатежи с населе-

Рисунок 3.4

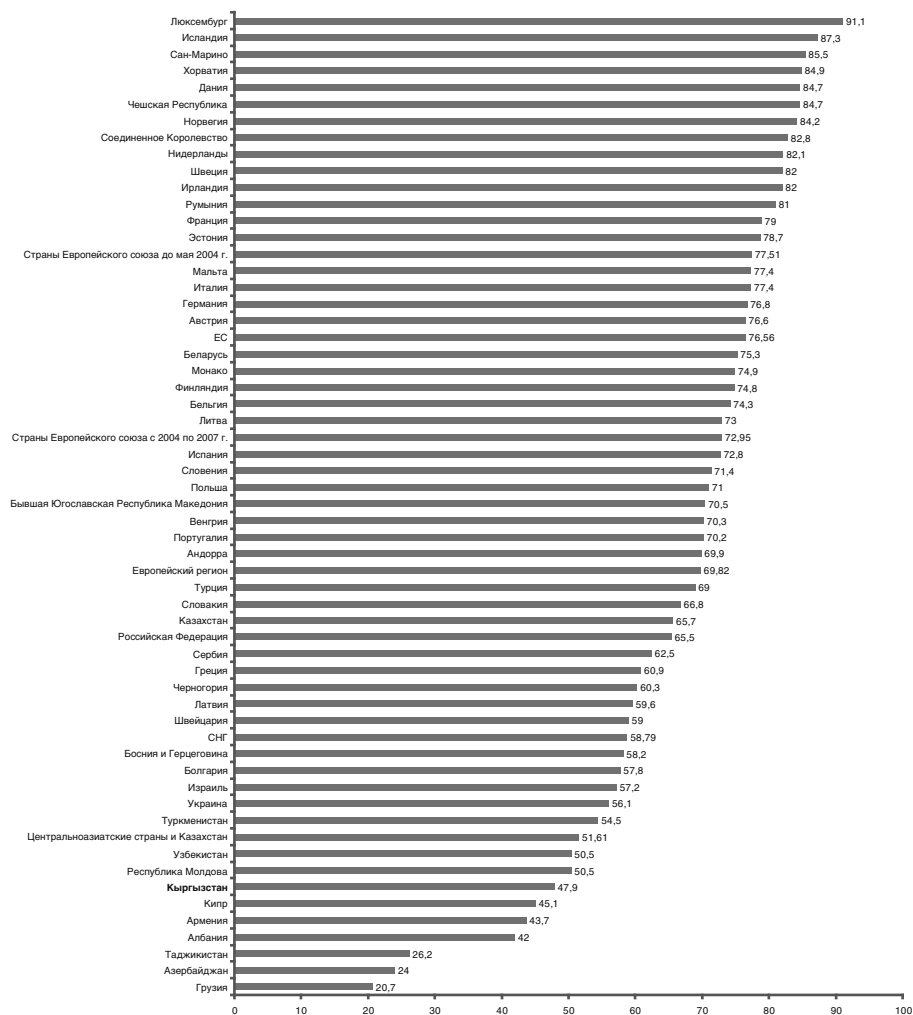
### Общие подушевые расходы здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ (долл. США, ППС), 2008 г. (расчеты ВОЗ)



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рисунок 3.5

Государственные расходы здравоохранения в % от общих расходов здравоохранения в странах Европейского региона ВОЗ, 2008 г. (расчеты ВОЗ)



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

ния, за исключением некоторых категорий пациентов, взимаются за определенные лабораторные и диагностические исследования, за услуги узких специалистов при амбулаторном лечении и за стационарное лечение. Соплатеж представляет собой фиксированную ставку, вносимую пациентами при госпитализации. Величина ставки варьирует в зависи-

мости от страхового статуса, наличия льготной категории, типа медицинского вмешательства (например, родовспоможение, операция или терапия) и наличия направления лечащего врача. Льготные категории определялись на основе социальных характеристик и типов заболеваний с целью защиты уязвимых слоев населения и лиц, которые ожидаемо часто используют медицинские услуги. Медицинские учреждения получают более высокую плату за лечение пациентов, освобожденных от соплатежей, в целях предотвращения неблагоприятного отбора больных (Правительство Кыргызской Республики, 2006). Рис. 3.6 показывает охват населения в рамках ПГГ.

### Рисунок 3.6

#### Охват населения в рамках Программы государственных гарантий (ПГГ)



Источник: Катцин и др., 2002.

В процессе реализации ПГГ наблюдается значительное увеличение категорий населения, имеющих право на различные формы льгот. За период 2001–2009 гг. число групп льготников возросло с 29 до 72. Увеличение числа льготных категорий сопровождалось соответствующим увеличением числа пациентов, имеющих право на льготы. Доля стационарных больных, имеющих право либо на полное освобождение от уплаты соплатежей, либо на сниженную ставку соплатежей в соответст-

вии с их социально-экономическим статусом, увеличилась с 8,8% в 2003 г. до более чем 50% в 2008 г. В 2008 г. 33,3% пациентов в больницах не осуществляли никаких официальных платежей, 11,1% оплачивали соплатежи по пониженным ставкам. Таким образом, 44,4% пациентов стационаров относились к льготным категориям (ФОМС, 2010).

Увеличение льготного контингента стало возможным благодаря увеличению государственного финансирования сектора здравоохранения, в частности ПГГ. В целях обеспечения соответствия увеличивающихся обязательств государства имеющемуся объему финансирования разработан перечень законодательных документов, регулирующих льготные категории. Однако все же недофинансирование ПГГ все чаще вызывает тревогу. Так, например, парламент поручил Министерству здравоохранения сделать родовспоможение бесплатным.

Пациенты, находящиеся ниже черты бедности, имеют право на льготы, они могут получить базовые медицинские услуги, оплачиваемые из резервного фонда медицинских учреждений. В основном это мужчины и женщины трудоспособного возраста (за исключением беременных женщин). Однако в настоящее время механизмы для таких льготников еще не определены. Но все же существует национальный порог бедности, и некоторые домохозяйства пользуются льготами, попадая в эту категорию (ниже национального порога бедности), но самые бедные не регистрируются как таковые. Это означает, что предоставление медицинских услуг за счет резервных фондов в основном делается по усмотрению отдельных медицинских учреждений.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения впервые была внедрена на пилотной основе в 2001 г. Дальнейшее его распространение по всей стране улучшило доступ к основным лекарственным средствам и привело к увеличению использования доказательной медицины и улучшению деятельности первичного звена, о чем свидетельствует сокращение числа осложнений при таких состояниях, как гипертония, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки и бронхиальная астма.

Министерство здравоохранения финансирует организации здравоохранения республиканского уровня, которые не оказывают медицинские услуги в рамках ПГГ. К таким организациям относятся учреждения санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения третичного уровня, оказывающие медицинские услуги населению, и организации здравоохранения, реализующие приоритетные и вертикальные программы.

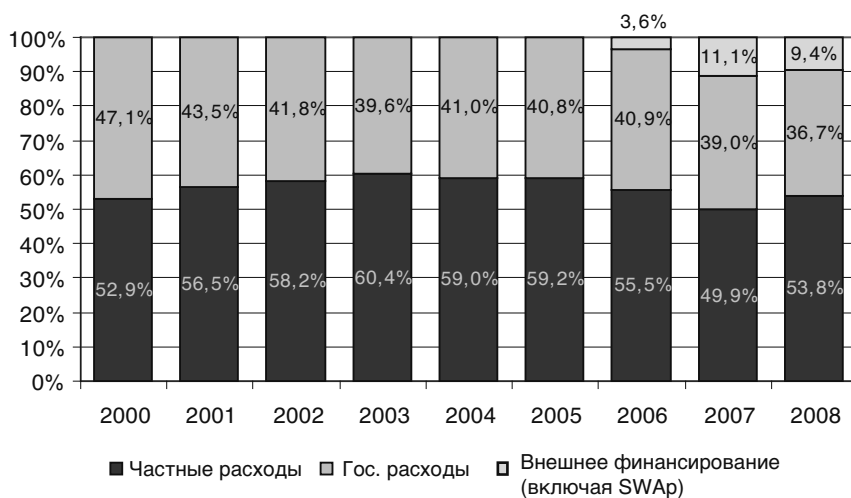
### 3.4 Сбор и источники финансовых средств

Система здравоохранения не собирает доходы, но зависит от ассигнований из республиканского и местных бюджетов, а также своевременного перечисления средств обязательного медицинского страхования из Социального фонда. Также существует два внебюджетных источника: частные расходы граждан (официальные соплатежи и неофициальные платежи) и внешние средства (см. раздел 3.2 «Расходы на здравоохранение»).

Как упоминалось выше, личные расходы граждан доминируют в общих расходах на здравоохранение. В период 2000–2005 гг. доля частных расходов в общих расходах на здравоохранение увеличилась с 52,9 до 59,2% (рис. 3.7). Одной из причин широкого распространения частных расходов стало то, что в этот период государственные расходы в среднем росли медленно. В период 2000–2003 гг. среднегодовой рост частных расходов составил 15,4%, тогда как государственные расходы увеличились лишь на 4,3%. С 2005 г. доля частных расходов начала сокращаться. В 2007 г. в структуре общих расходов на здравоохранение частные расходы составляли 49,9%, в 2008 г. их доля выросла до 53,8%.

**Рисунок 3.7**

**Структура общих расходов на здравоохранение по источникам, 2000–2008 гг.**



*Примечание:* в 2006 г. внешнее финансирование включает только средства в рамках SWAp, а данные за 2007–2008 гг. включают как средства, выделяемые в рамках SWAp, так и средства, выделяемые в рамках параллельного финансирования внешними агентствами.

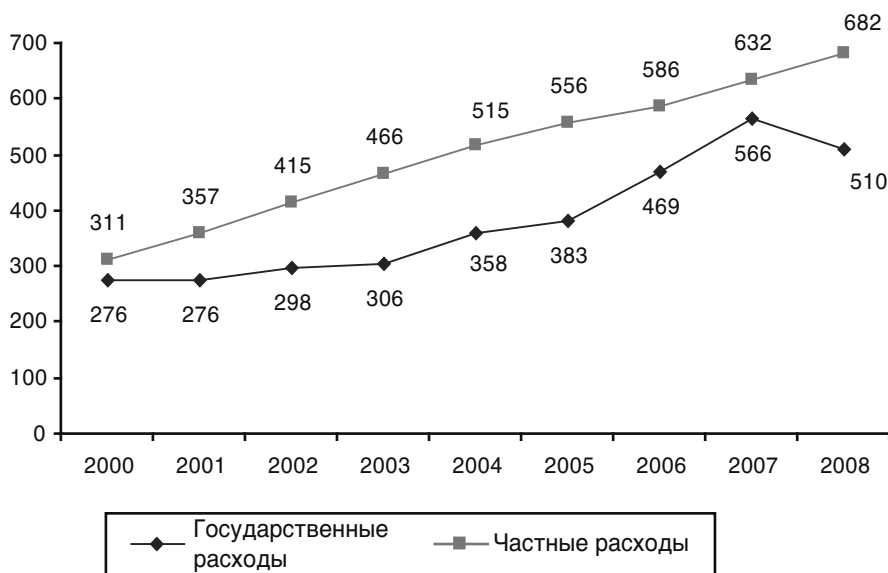
*Источник:* Темиров и Нарманбетов, 2009.

Снижение доли частных расходов, наблюдающееся с 2005 г., объясняется более высокими темпами роста государственных расходов и внешне-го финансирования (доноры, международные агентства и др.).

Динамика государственных и частных подушевых расходов в период 2000–2008 гг. отражена на рис. 3.8. Как видно, разрыв между государственными и частными подушевыми расходами увеличивался с 2000 по 2005 г., в течение 2006–2007 гг. – сокращался и вновь увеличился в 2008 г.

**Рисунок 3.8**

**Государственные и частные подушевые расходы на здравоохранение, 2000–2008 гг. (в постоянных ценах 2000 г., сомы)**



*Примечание:* государственные расходы включают расходы из государственного бюджета, ФОМС и внешних средств, выделяемые на поддержку бюджета.

*Источник:* Темиров и Нарманбетов, 2009.

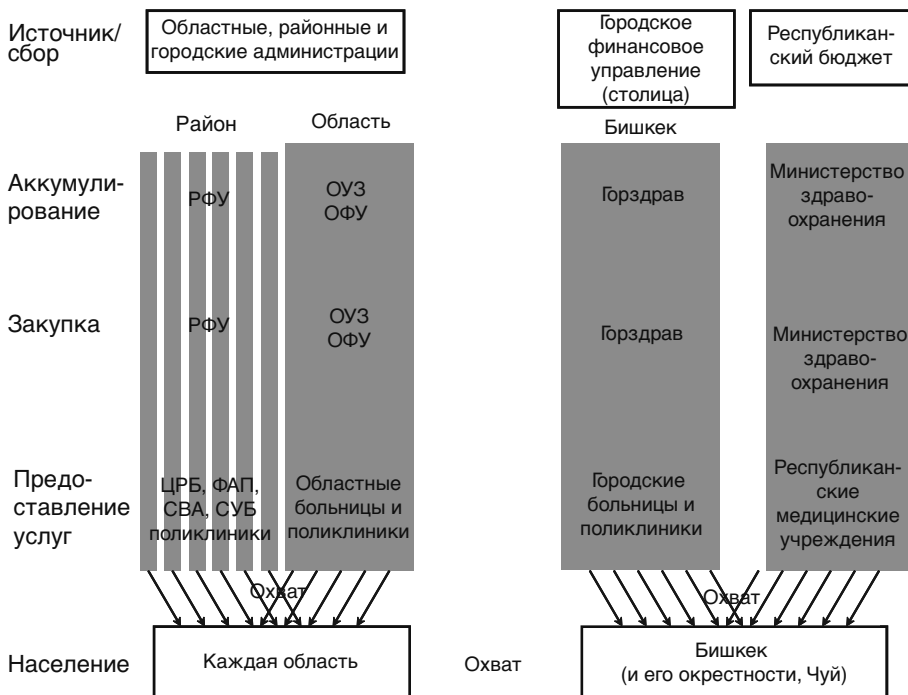
### 3.5 Объединение финансовых средств

Система здравоохранения Кыргызстана, унаследованная от Советского Союза, была фрагментирована. Существовало четыре государственных уровня (республиканский, областной, районный и городской), и каждый имел свою собственную вертикально интегрированную систему здравоохранения (рис. 3.9). На каждом уровне осуществлялись основные



Рисунок 3.9

## Аккумуляция средств и охват населения, 1991 г.



Источник: Катцин и др., 2002.

Примечание: ФАП – фельдшерско-акушерский пункт; СВА – сельские врачебные амбулатории; СУБ – сельские участковые больницы.

функции: сбор поступлений, объединение финансовых средств, покупка и предоставление медицинских услуг. Внутри каждой области эти функции осуществлялись районными и областным управлениями. В столице – городе Бишкек – эти функции осуществлялись Министерством здравоохранения и городским управлением здравоохранения. Такая организация приводила как к дублированию функциональных обязанностей, так и к дублированию охвата населения медицинскими услугами.

Бюджеты на всех уровнях финансировались из различных источников. Так, учреждения республиканского уровня финансировались за счет республиканских налогов, областного уровня – за счет областных налогов и районного уровня – за счет районных налогов. Юридически и административно производители медицинских услуг функционировали как управления соответствующих государственных административных уровней, осуществлявших их финансирование. Таким образом, производители ме-

дицинских услуг являлись бюджетными единицами республиканского, областного или районного/городского уровня здравоохранения. У главных врачей медицинских учреждений не было автономии в части управления персоналом, оплаты труда и финансового управления (Проект анализа политики здравоохранения, 2002; Ибраимова и Катцин, 2002).

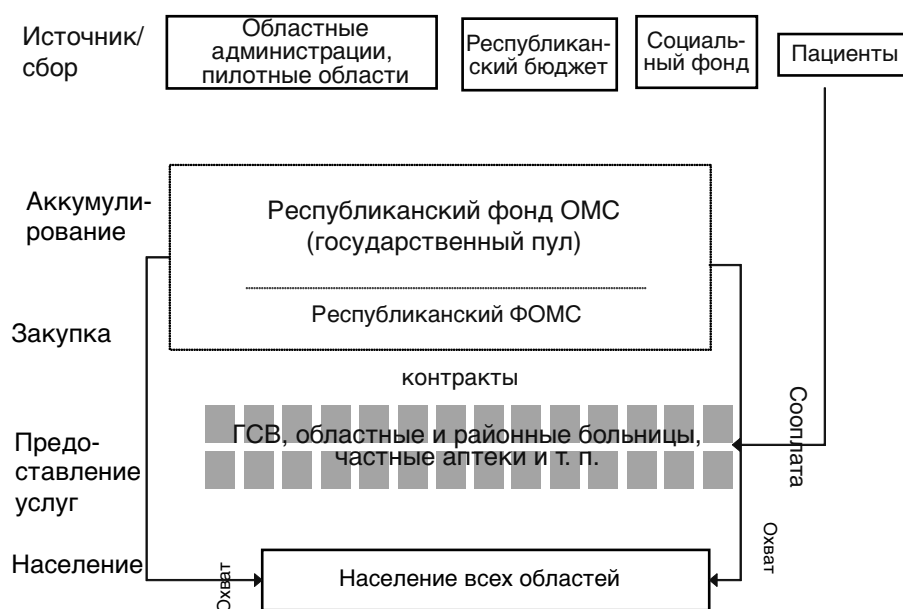
В 1997 г. был инициирован ряд реформ, которые повлияли на организацию системы здравоохранения. В частности, был создан ФОМС и одновременно введены новые механизмы распределения ресурсов. Несмотря на то что как и в ранее существовавшей бюджетной системе все еще интегрировались функции объединения и закупки, создание ФОМС предусматривало разделение функций закупки и оказания медицинской помощи, что осуществлялось посредством введения новых систем оплаты медицинской помощи, основанных на финансировании по результатам деятельности. ФОМС отличался от предыдущей системы также тем, что его объединение средств и закупка осуществлялись на национальном уровне, а не ограничивались пределами области или района. Это означало, что охват обслуживаемого населения не ограничивается географическими факторами. Однако многие другие аспекты системы здравоохранения не изменились. В частности, не произошло изменений в распределении функций и охвате населения в рамках системы, финансируемой из бюджета, хотя попытки реформирования предпринимались (Проект анализа политики здравоохранения, 2002; Ибраимова и Катцин, 2002).

Фрагментация финансовых средств здравоохранения на небольшие пулы (т. е. местные бюджеты) увеличивала неравенство в финансировании областей и районов, снижала эффективность использования имеющихся ресурсов, увеличивала финансовое бремя населения и снижала доступность медицинской помощи. Объединение с 2007 г. средств здравоохранения на национальном уровне позволило более справедливо распределять финансовые ресурсы по областям и районам на основе единой нормы подушевого финансирования. Это также позволило ввести механизмы закупки медицинских услуг, основанные на результатах деятельности медицинских учреждений и отражающие потребности населения (Правительство Кыргызской Республики, 2006; Катцин и др., 2009). Кроме того, объединение рисков и перекрестное субсидирование медицинских услуг, предоставляемых различным социальным группам, позволило планировать средства здравоохранения на основе потребностей населения в различных видах медицинских услуг (принимая во внимание приоритеты политики здравоохранения) независимо от географических характеристик регионов, а также обеспечить прозрачность формирова-

ния бюджета. Это кардинальное изменение бюджетного процесса и переход к двухуровневой бюджетной системе было внедрено в рамках реформы местного самоуправления (Правительство Кыргызской Республики, 2006). В 2006 г. доходы на здравоохранение в рамках системы единого плательщика объединялись на областном уровне, начиная с 2007 г. – на национальном (рис. 3.10). Позже подобная модель была принята в Казахстане, по крайней мере в финансировании стационарной помощи (Rechel et al., 2011).

**Рисунок 3.10**

**Аккумуляция средств и охват населения, 2008 г.**



Источник: составлено авторами, основан на Катцин и др., 2002.

В рамках новой системы объединения средств функции ФОМС и Министерства здравоохранения четко разделены:

- ФОМС отвечает за финансирование отдельных медицинских услуг, оказываемых в рамках ПТГ, и дополнительных программ, финансируемых обязательным медицинским страхованием;
- Министерство здравоохранения несет ответственность за финансирование дорогостоящих (высокотехнологичных) медицинских услуг,

а также медицинских услуг, оказываемых на популяционном уровне. Это включает в себя централизованную закупку лекарственных средств, дорогостоящего медицинского оборудования и других капитальных вложений. Министерство здравоохранения также отвечает за финансирование организаций здравоохранения из республиканского бюджета и не финансирует медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГГ.

Переход аккумуляции с областного уровня на республиканский позволил ФОМС более справедливо распределять средства, предназначенные на финансирование ПГГ и Программы дополнительного лекарственного обеспечения. Для обеспечения этого перехода Министерство здравоохранения выделило 61 млн сомов. Введение сельских коэффициентов и коэффициентов для малых городов потребовало выделения дополнительных расходов в размере 56 млн сомов. Результаты этой инициативы являются обнадеживающими. В 2005–2006 гг. разрыв финансирования выполнения ПГГ между городом Бишкек и другими областями существенно сократился (Министерство здравоохранения, 2008; Кыргызская Республика, 2005).

### **3.6 Закупки медицинских услуг и взаимоотношения между их покупателями и поставщиками**

Если услуги общественного здравоохранения все еще имеют одного и того же покупателя и поставщика, которым является Министерство здравоохранения, то индивидуальные услуги здравоохранения, оказываемые на индивидуальном уровне в рамках ПГГ и Программы дополнительного лекарственного обеспечения, закупаются ФОМС, который заключает договоры с поставщиками медицинских услуг. С созданием ФОМС и разделением на «покупателя – поставщика» (внедренное одновременно с созданием ФОМС) система здравоохранения испытала преобразование отношений «покупатель – поставщик». Покупатель уже не является пассивным посредником, выделяющим заранее определенный бюджет организациям здравоохранения под его контролем (Проект анализа политики здравоохранения, 2002; Катцин и др., 2002).

ФОМС ежегодно заключает договоры с поставщиками медицинских услуг. В договорах указываются права и обязанности как поставщиков медицинских услуг, так и ФОМС, в том числе ожидаемый объем услуг

за соответствующий год, общая сумма, которая должна быть выплачена ФОМС за эти услуги, а также санкции за превышение общей суммы, предусмотренной в договоре. Однако многие поставщики не смогли эффективно управлять своими ресурсами, вследствие чего накапливалась задолженность, в частности за коммунальные услуги и медикаменты. Кроме того, число пролеченных в стационаре пациентов зачастую превышало число больных, предусмотренное в договоре, что приводило к росту незапланированных расходов ФОМС. Это снижало эффективность договоров и снижало их ценность (Катцин и др., 2002). Кроме того, применение оплаты за пролеченный случай в больницах, при снижении неоправданно длительных сроков пребывания в стационарах, привело к росту числа госпитализаций и необоснованных направлений врачей первичного звена на стационарное лечение. К сожалению, в настоящее время ситуация все еще не улучшилась, несмотря на ряд предпринятых мер, направленных на изменение этой ситуации.

Программа дополнительного лекарственного обеспечения сталкивается с аналогичными проблемами. Многие ЦСМ превышали общий уровень финансирования, запланированный ФОМС на основе существующих подушевых норм. В то же время другие недоиспользовали средства, предназначенные для этой программы. Как результат, ФОМС должен был перераспределять оставшиеся средства тем ЦСМ, которые превысили запланированные ассигнования (Катцин и др., 2002; Катцин, 2003).

В 2008 г. был сделан шаг к усилению роли договоров и улучшению качества медицинских услуг, предусматривающий включение показателей деятельности в договоры поставщиков. Данные показатели были утверждены приказом Министерства здравоохранения № 97 от 5 марта 2008 г. В список показателей были включены основные показатели состояния по материнству и детству, сердечно-сосудистым заболеваниям, а также показатели, характеризующие качество услуг и уровень управления, включая накопление задолженности (Министерство здравоохранения, 2008).

С усилением управленческой и финансовой автономии поставщиков, включая переход от постатейного бюджета к выделению консолидированного бюджета, ответственность поставщиков также возрастает. Мониторинг показывает, что некоторые поставщики вряд ли смогут стать финансово устойчивыми, несмотря на улучшение в их структуре и кадрах. Усиление потенциала медицинских учреждений в сфере финансового менеджмента является одним из ключевых приоритетов текущей реформы здравоохранения (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

## 3.7 Механизмы оплаты

### 3.7.1 Оплата медицинских услуг

#### Первичная помощь

На первом этапе реформ здравоохранения (1996–2005 гг.) в учреждениях первичного звена была внедрена подушевая оплата. Постепенное увеличение подушевого норматива позволило увеличить финансирование услуг ПМСП как в абсолютном, так и относительном выражении. Доля ПМСП в общем объеме финансирования здравоохранения увеличилась с 16% в 2000 г. до 30% в 2004 г. и 38% в 2009 г.

Медицинские услуги, предоставляемые на уровне ПМСП, были существенно улучшены. В настоящее время больше состояний администрируются на уровне ПМСП семейными врачами, хотя все еще есть резервы для дальнейшего совершенствования (Атун, 2005). Несколько исследований, которые были сделаны до программы «Манас Таалими», выявили высокий уровень направлений врачами первичного звена к узким специалистам в ЦСМ или в больницы. Одна из основных причин этого – отсутствие экономических стимулов у групп семейных врачей для обеспечения соответствующего лечения на первичном уровне и сокращения числа направлений пациентов на более высокий уровень оказания помощи. Отчасти это происходит из-за установления отдельных нормативов подушевого финансирования для ГСВ и специализированных услуг, оказываемых ЦСМ. Хотя подобные меры защищают расходы ГСВ, но в то же время и создают стимулы для направления пациентов к узким специалистам. С другой стороны, ЦСМ испытывают трудности в укомплектованности узкими специалистами и в рациональном использовании средств, предназначенных для предоставления специализированных услуг в амбулаторных условиях.

Передача скорой помощи в ЦСМ в 2004 г. предоставила дополнительные стимулы для улучшения качества медицинских услуг и деятельности семейных врачей. Однако изменений в финансировании службы скорой помощи не последовало. Финансирование этой службы по-прежнему основано на традиционно историческом бюджетировании из расчета на одну бригаду скорой помощи.

Планируется предпринимать дальнейшие меры по повышению эффективности и качества услуг ПМСП. В дополнение к повышению квалификации семейных врачей и улучшению оснащения ЦСМ меди-

цинским оборудованием планируется расширение управленческой и финансовой автономии производителей первичного звена и внедрение системы оплаты первичного звена, основанной на результатах, как это было предложено в рамках программы ГАВИ «Укрепление системы здравоохранения». Деятельность по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и иммунизация частично интегрированы в систему ПМСП. Иммунопрофилактика проводится в рамках ППГ, при этом закупка вакцин, сывороток и диагностических материалов осуществляется централизованно Министерством здравоохранения.

### **Стационарная помощь**

Больницы оплачиваются на основе пролеченного случая в соответствии с клинико-затратными группами (КЗГ), представляющими собой одну из разновидностей системы диагностически связанных групп (DRG). Поэтапное внедрение ППГ и введение соплатежей в течение 2001–2004 гг., пересмотр классификации и перегруппировка клинико-затратных групп в 2003 г., а также переход к классификации по МКБ-10 (10-й пересмотр Международной классификации болезней) потребовали проведения тщательного анализа методов оплаты стационаров, направленного на нахождение решения для объемов помощи, выходящих за пределы оговоренных в контрактах в ФОМС объемов (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

В целом внедрение оплаты на основе пролеченного случая создало стимулы для повышения эффективности деятельности больницы, снижения средней длительности пребывания в больнице, а также увеличения доли прямых расходов на лечение пациента. Использование современных информационных технологий позволяет проводить углубленный анализ объема и структуры медицинских услуг, предоставляемых различным категориям населения, разрабатывать план мероприятий, направленных на повышение эффективности и рациональное использование средств (Правительство Кыргызской Республики, 2006; Катцин и др., 2002; Катцин, 2003).

Многие состояния и заболевания, которые могли бы быть пролечены в амбулаторных условиях, все еще лечатся в стационаре. У больниц практически нет стимулов для сокращения избыточных мощностей и повышения эффективности. В связи с тем что выделяемые из общественных источников финансирования средства (бюджета и ФОМС) не полностью покрывают фактические расходы на лечение пациентов, больницы пытаются привлечь пациентов, способных оплачивать лечение за счет собственных средств, что ведет к значительному превыше-

нию числа пролеченных случаев, предусмотренных в контрактах с ФОМС. Больницы в Чаткальском и Чон-Алайском районах, а также некоторые сельские районные больницы, расположенные в отдаленных и труднодоступных районах, где практически отсутствует транспортное сообщение в зимнее время, находятся в очень сложном финансовом положении. Для этих больниц требуется разработать другие механизмы оплаты (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

### **Соплатежи**

Система соплатежей вводилась в 2001–2004 гг. Основной причиной введения системы соплатежей была недостаточность государственного финансирования из обоих источников: бюджета и ФОМС. Эта инициатива была направлена также на сокращение высокого уровня неформальных платежей и необоснованного потребления медицинских услуг. В Законе «Об охране здоровья населения в Кыргызской Республике», утвержденном в 1992 г., отмечено, что население должно платить за медицинские услуги, которые не включаются в ПТГ.

Уровни соплатежей рассчитывались на основе данных исследований о неформальных платежах и исходя из необходимости обеспечения доступности медицинской помощи. Социально уязвимые группы населения были полностью или частично освобождены от соплатежей. За период 2001–2004 гг. средний размер соплатежей увеличился с 20,8% от среднемесячной заработной платы (или 302 сома) до 30,8% (или 679 сомов). Уровни соплатежей значительно варьируют по регионам и зависят от профиля заболеваемости, социального статуса и наличия направлений на госпитализацию. Благодаря проводимой правительством политике, в 2005–2010 гг. не наблюдалось существенного увеличения уровня соплатежей.

### **Высокотехнологические медицинские услуги**

В 2002 г. Министерство здравоохранения создало специальный Фонд высоких технологий с целью возмещения расходов на оказание высокотехнологической медицинской помощи. Этот фонд финансируется за счет республиканского бюджета, а также гуманитарной помощи, взносов юридических и физических лиц, спонсоров, общественных, коммерческих, религиозных и международных организаций.



### **Капитальные вложения**

Одной из целей проводимых в последние годы реформ здравоохранения является улучшение качества медицинских услуг посредством обновления и совершенствования материально-технической базы производителей медицинских услуг. В 1990-х гг. доля капитальных вложений составляла менее 5% общих государственных расходов на здравоохранение. Однако за последние годы выделялись значительные капиталовложения на строительство новых, ремонт существующих медицинских учреждений и закупку оборудования. Данные мероприятия проводились в рамках различных проектов и программ, финансируемых внешними агентствами, такими как Всемирный банк, Азиатский банк развития, ЮСАИД, немецкое, швейцарское и японское правительства (Правительство Кыргызской Республики, 2006). Тем не менее ряд учреждений здравоохранения, включая больницы, ЦСМ, ГСВ и ФАП, по-прежнему нуждается в ремонте и новом оборудовании.

### **Приоритетные программы**

Приоритетные программы еще не полностью интегрированы в общую систему оказания медицинских услуг. Уровень интеграции колеблется в зависимости от программы к программе. Такие программы, как охрана материнства и детства, планирование семьи и репродуктивное здоровье, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в значительно большей степени интегрированы в систему оказания медицинской помощи, чем программы инфекционных заболеваний, и прежде всего туберкулез и ВИЧ/СПИД, которые остаются отдельными вертикальными системами. Хотя закупка медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне, в основном осуществляется в рамках ППГ, но все же 24 больницы по-прежнему финансируются из республиканского бюджета на постатейной основе. Кроме того, закупка лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения в рамках приоритетных программ, таких как туберкулез, репродуктивное здоровье или ВИЧ/СПИД и инфекции, передающиеся половым путем, осуществляется централизованно Министерством здравоохранения или на грантовой основе в рамках международных организаций.

### **Медицинское образование и научные исследования**

Министерство здравоохранения финансирует образовательную деятельность двух учреждений: Кыргызской государственной медицинской ака-

демии и Кыргызского государственного медицинского института последипломного обучения и непрерывного образования. Эти учреждения финансируются из республиканского бюджета. Выделяемые им средства используются на выплату заработной платы и стипендий, оплату коммунальных услуг. В 2009 г. доля, выделяемая на образование, составила чуть более 7% расходов республиканского бюджета на здравоохранение. Медицинские колледжи, ответственные за подготовку среднего медицинского персонала, финансируются из местных бюджетов.

Научно-исследовательская деятельность финансируется Государственным агентством интеллектуальной собственности и покрывает заработную плату и социальный налог. Научно-исследовательские работы выполняются и финансируются после одобрения их экспертным советом Министерства здравоохранения и Министерства образования. Министерство здравоохранения намерено повысить компетенцию научных лабораторий до уровня референс-лабораторий за счет оснащения современной аппаратурой, повышения квалификации сотрудников и аккредитации. В соответствии с Законом «Об общественном здравоохранении», определяющим наряду с другими положениями меры поддержки медицинской науки, в 2011–2012 гг. было решено реорганизовать неправительственную организацию «Профилактическая медицина» в Научно-исследовательский институт общественного здоровья Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. При этом основные направления деятельности и структура нового научного института все еще должны быть уточнены. Финансирование науки остается недостаточным, охватывая финансирование лишь таких статей бюджета, как заработная плата и начисления на нее, и не включая финансирование по другим статьям, таким как командировочные и транспортные расходы или закупка оборудования. Ограниченное финансирование медицинской науки может негативно сказываться на качестве научных разработок и приводить к оттоку квалифицированных кадров.

Однако средства, предназначенные для предоставления медицинских услуг пациентам, часто используются для научных исследований. Несмотря на предпринимаемые реформы, начиная с подготовки медицинских сестер, в целом нынешние подходы к финансированию медицинского образования и науки не уделяют достаточного внимания региональным различиям в распределении медицинского персонала и потребности в научных исследованиях, поддерживающих проведение реформ в здравоохранении (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

## **Частный сектор**

Развитие частного сектора стало одним из ключевых вопросов в области политики здравоохранения за последние годы. В настоящее время обсуждается один из инструментов развития частного сектора – заключение договоров с частными поставщиками. Разработано предложение об освобождении от налогов сектора здравоохранения, что позволит изменить правовой статус учреждений здравоохранения, заменив государственные учреждения на государственные предприятия (Чечейбаев и др., 2008). Такое изменение повысит управленческую и финансовую автономию, укрепит разделение «покупатель – поставщик», улучшит подотчетность поставщиков медицинских услуг и создаст равные условия для конкуренции между государственными и частными поставщиками.

## **Оплата труда медицинских работников**

Уровень заработной платы медицинских работников варьирует в зависимости от таких факторов, как образование, наличие профессиональной категории, нагрузка и др. (Кожокеев и др., 2008; Манжиева и др., 2008). Несмотря на проводимые реформы финансирования отрасли – введение новой системы оплаты услуг медицинских учреждений, ориентированной на результаты, привело к значительному сокращению постоянных издержек; введение новых механизмов оплаты труда медицинского персонала позволило распределять полученную экономию, – заработная плата медицинских работников остается достаточно низкой по сравнению с другими отраслями экономики. Ежегодное увеличение заработной платы в социальной сфере, включая здравоохранение, стало частью национальной политики. Однако только в 2007 г. заработная плата работников здравоохранения начала приближаться к уровню минимальной потребительской корзины, при этом заработная плата медицинских сестер и вспомогательного медицинского персонала составляет чуть более 50% уровня минимальной потребительской корзины. Низкий уровень заработной платы в секторе здравоохранения приводит к низкой мотивации и плохому качеству медицинской помощи, а также к требованию неформальных платежей. Это также делает профессию медика непривлекательной для выпускников средних образовательных учреждений, что приводит к постарению медицинских кадров. В 2007 г. 64% врачей и 44% медсестер были пенсионного или предпенсионного возраста (Кожокеев и др., 2008).



## 4. Материальные и трудовые ресурсы

### 4.1 Материальные ресурсы

#### 4.1.1 Инфраструктура

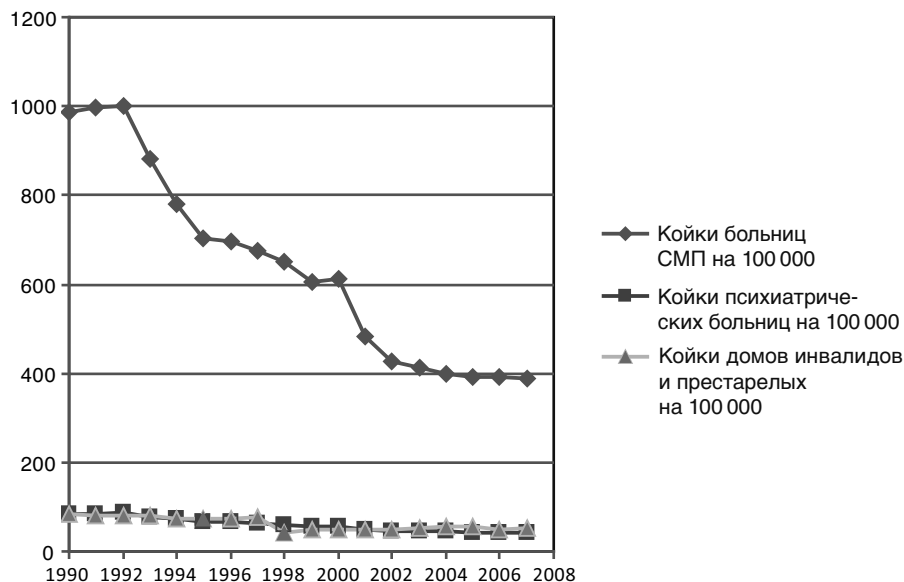
**И**нфраструктура системы здравоохранения представлена сетью учреждений, оказывающих медицинские услуги на индивидуальном и популяционном уровнях. В 2009 г. в государственную сеть учреждений, оказывающих услуги на индивидуальном уровне, входило 72 ЦСМ и 678 относящихся к ним ГСВ, 19 автономных ГСВ, 26 ЦОВП и 122 больницы с общей мощностью 25 975 коек (Республиканский медицинский информационный центр, 2010). В 2008 г. сеть организаций Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН) была представлена 56 организациями, включая Департамент Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН), 5 республиканских, 2 городских и 48 районных/городских организаций (Министерство здравоохранения, 2009b).

Унаследованная с советского периода система оказания медицинской помощи предполагала развертывание всех типов учреждений в каждой административно-территориальной единице страны. Так, в каждой области были созданы областная больница, областной родильный дом, областная детская больница и некоторые другие областные учреждения, предоставляющие специализированные услуги. Кроме того, в каждом районе функционировали районная больница, некоторые учреждения, оказывающие специализированные услуги, и участковые больницы, которые были маленькими и достаточно неэффективными (Meimanaliev et al., 2005). На республиканском уровне фрагментация была значительно хуже, так как в городе Бишкеке сосредоточено большое количество отдельных специализированных больниц, таких как кардиологические, гематологические и урологические.

Реструктуризация сети системы оказания медицинской помощи и сокращение чрезмерных мощностей стационаров были важной целью первого этапа реформы здравоохранения. В рамках программы реформирования здравоохранения «Манас» были высвобождены многие здания больниц, сначала участковые больницы становились отделениями территориальных больниц, позже были реорганизованы в учреждения первичного звена. В результате реструктуризации количество стационаров сократилось с 256 в 2001 г. до 143 в 2004 г. Также наблюдалось значительное сокращение коечной мощности стационаров краткосрочного лечения. Обеспеченность койками в этих стационарах сократилась с 1000 коек на 100 000 населения в 1993 г. до 387 коек в 2007 г. (рис. 4.1). Учитывая, что сокращение числа коек не всегда ведет к сокращению постоянных расходов, площадь стационаров была сокращена на 47% в период 2000–2005 гг. (Правительство Кыргызской Республики, 2006). Сейчас проводятся мероприятия с целью повышения эффективности и снижения расходов учреждений, таких как внедрение энергосберегающих технологий (Meimanaliev et al., 2005).

**Рисунок 4.1**

**Обеспеченность койками по типам больниц: больницы краткосрочного лечения, психиатрические больницы, дома сестринского ухода и дома престарелых, Кыргызстан, 1990–2008 гг. (на 100 000 населения)**

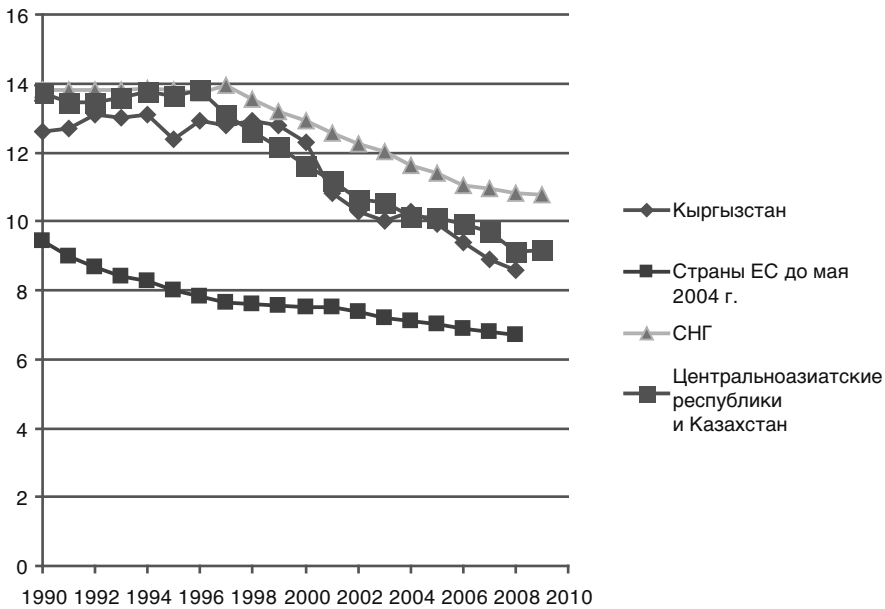


Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Средняя продолжительность пребывания больных в больницах краткосрочного лечения также значительно сократилась, упав до уровня ниже среднего по странам ЦАРК и СНГ (рис. 4.2), тогда как показатель занятости койки повысился почти до 95% (рис. 4.3).

**Рисунок 4.2**

**Средняя продолжительность пребывания в стационаре, только больницы краткосрочного лечения, Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.**



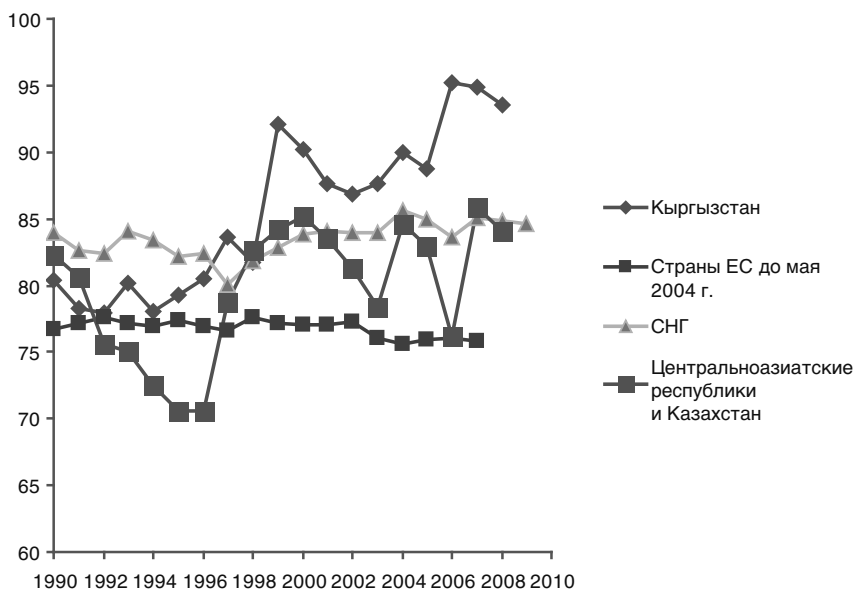
Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Что касается количества коек на 100 000 населения в больницах краткосрочного лечения, то в 2007 г. в Кыргызстане этот показатель приблизился к среднему значению по странам ЕС-15 (рис. 4.4).

В республике имеется несколько отдаленных районов с небольшой численностью населения (около 20–25 тыс. человек), которые требуют индивидуального подхода при решении вопросов организации медицинской помощи, так как экономически нецелесообразно содержать в них самостоятельные территориальные больницы и ЦСМ. Министерство здравоохранения решило в таких местах организовать центры врачей

**Рисунок 4.3**

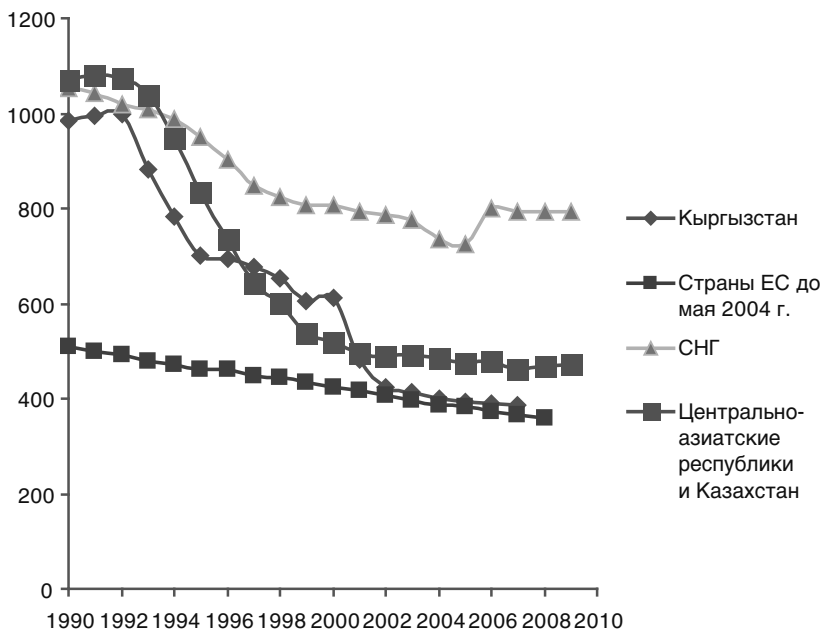
**Занятость койки, только больницы краткосрочного лечения, Кыргызстан, ЦАРК и СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.**



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

**Рисунок 4.4**

**Обеспеченность койками в стационарах краткосрочного лечения (на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.**



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.



общей практики, с функциями, аналогичными ЦСМ, и с небольшими стационарами при них. По тем стационарам, которые в силу географических и социально-экономических условий не могут экономически выжить при оплате по результату, будут приниматься индивидуальные финансовые механизмы.

#### **4.1.2 Основные фонды и инвестиции**

После приобретения независимости наблюдалось значительное сокращение бюджетных расходов на здравоохранение как на национальном, так и региональном уровне. Незначительные средства выделялись на поддержание и обновление основных фондов учреждений. В результате этого произошло ухудшение физического состояния многих объектов. В рамках последних реформ инвестиции осуществлялись в основном за счет средств грантов и кредитов, предоставляемых внешними организациями (Всемирный банк, KfW, Азиатский банк развития, Швейцарское и Японское агентства международного развития и сотрудничества). За счет этих средств был реконструирован ряд учреждений, однако средств для поддержания в соответствующем техническом состоянии этих учреждений не хватало, в результате чего некоторые здания вновь приходили в запущенное состояние.

В настоящее время правительство Кыргызстана поставило цель увеличить государственные расходы на здравоохранение. В результате в 2003–2004 гг. у Министерства здравоохранения появилась возможность предусматривать все большие средства на капитальные вложения, однако эти средства не превышают 5% общих государственных расходов на здравоохранение. Кроме того, с введением административно-финансовой автономии медицинские учреждения получили право направлять средства из своего консолидированного бюджета на текущий ремонт. Однако средства, выделяемые на капитальные вложения, все еще недостаточны.

#### **4.1.3 Медицинские оборудование, аппаратура и приборы**

С момента приобретения независимости в стране не осуществлялось поддержание парка медицинского оборудования в должном техническом состоянии или его обновления. Несмотря на значительные инвестиции, главным образом за счет упомянутых выше донорских организаций, такое жизненно важное оборудование, как рентгеновская и дыхательно-наркозная аппаратура и др., во многих стационарах устарело и требует обновле-

ния. Поэтому серьезным вопросом является вопрос эксплуатации и технического обслуживания имеющегося оборудования. Поставленное за счет донорских организаций оборудование из-за отсутствия средств на его техническое обслуживание зачастую простаивало. С целью решения этой проблемы в рамках программы «Манас Таалими» Министерство здравоохранения создало Фонд технического обслуживания, из которого на основе заявок от медицинских организаций финансируются мероприятия по техническому обслуживанию и ремонту медицинского оборудования. Кроме того, всем медицинским организациям в соответствии с решением Министерства здравоохранения надлежит из своего консолидированного бюджета выделять средства на техническое обслуживание оборудования (Правительство Кыргызской Республики, 2006). Однако это положение не выполняется, и вопрос эксплуатации и технического обслуживания имеющегося оборудования остается проблемой.

Медицинское оборудование, закупаемое на средства донорских организаций, проходит через хорошо разработанную процедуру закупок Всемирного банка, что является гарантией того, что закупленное медицинское оборудование имеет приемлемое качество. При закупке оборудования самими медицинскими учреждениями такие процедуры закупки не применяются. С целью улучшения системы закупок медицинского оборудования, запасных частей, изделий медицинского назначения и организации ремонта была создана национальная база данных медицинского оборудования. Политика оценки медицинских технологий пока не разработана.

#### **4.1.4 Информационные технологии**

Развитие информационных технологий в здравоохранении Кыргызстана началось с внедрения проекта реформирования здравоохранения, финансируемого Всемирным банком при техническом содействии проектов ЮСАИД «ЗдравРеформ» и «ЗдравПлюс». На первом этапе развития информационных систем было начато оснащение медицинских организаций компьютерным оборудованием. В целях определения основных приоритетов развития единой информационной системы здравоохранения (см. раздел 2.6) и внедрения новых информационных технологий Министерством здравоохранения были утверждены Концепция развития единой информационной системы здравоохранения на 2001–2010 гг. и план мероприятий на период до 2005 г. Концепция предполагает формирование единой трехуровневой (республиканский, областной, район-

ной/городской) информационной системы Министерства здравоохранения с созданием центрального информационного портала.

Основными задачами концепции являются:

- создание типовых информационных технологий поддержки структур для подготовки отчетов, сбора и обработки данных;
- создание сети передачи данных;
- разработка стандартов обмена информацией;
- обеспечение безопасности функционирования системы;
- обеспечение надежности хранения и передачи информации.

Для эффективного функционирования учреждений здравоохранения продолжается работа по стандартизации ранее разработанных программных продуктов: «Приписка населения к ГСВ», «Финансирование по пролеченному случаю», «Амбулаторные информационные форматы», «Программа дополнительного лекарственного обеспечения». Функционирование этих программных продуктов в автономном режиме не обеспечивает требуемого уровня обработки информации и проведения всестороннего анализа данных. Интеграция программных продуктов нацелена на обеспечение единообразного формата хранения данных, позволяющего выводить необходимые данные относительно заболеваемости, возрастных категорий, деятельности врачей. В рамках корпоративной сети для информационного обеспечения подразделений министерства создан внутрикorporативный информационный портал. Портал обеспечивает единую точку входа в корпоративную информационную систему здравоохранения и позволяет получать весь объем необходимой информации для анализа данных, планирования и прогнозирования.

Программа «Манас Таалими» уделяет особое внимание дальнейшему развитию информационных систем здравоохранения и технологий. Предусмотрены мероприятия по (Правительство Кыргызской Республики, 2005):

- обеспечению безопасности информационных систем и конфиденциальности данных;
- адаптации и внедрению международных медицинских информационных стандартов;
- дальнейшему внедрению программных продуктов по сбору, обработке и анализу статистических данных по охране здоровья и здравоохранению.

## 4.2 Трудовые ресурсы

### 4.2.1. Медицинские кадры: основные тенденции

В 2009 г. в системе здравоохранения обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом составила 230 и 517 на 100 000 населения соответственно (оба показателя приведены в эквиваленте полной ставки). В табл. 4.1 приведены показатели обеспеченности медицинским персоналом.

**Таблица 4.1**

**Обеспеченность медицинским персоналом (на 100 000 населения), 1990–2007 гг. (отдельные годы)**

Тип персонала	1990	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Врачи (ЭПС)	429	295	281	276	263	262	278
Стоматологи (ЭПС)	26	19	18	16	17	17	16
Фармацевты (ФЛ)	28	3	3	3	3	3	2
Медсестры (ЭПС)	1020	552	545	539	395	512	544
Акушерки (ЭПС)	64	40	37	35	38	33	36

*Источник:* WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

*Примечание:* ФЛ – физические лица; ЭПС – эквивалент полной ставки.

Сравнение со средними показателями по странам ЦАРК, СНГ и ЕС-15, демонстрирует, на сколько резко сократилось количество медицинского персонала в Кыргызстане в период 1990–2009 гг. (рис. 4.5 и 4.6). На рис. 4.7 сравнивается количество врачей и медсестер в Кыргызстане с другими странами Европейского региона ВОЗ.

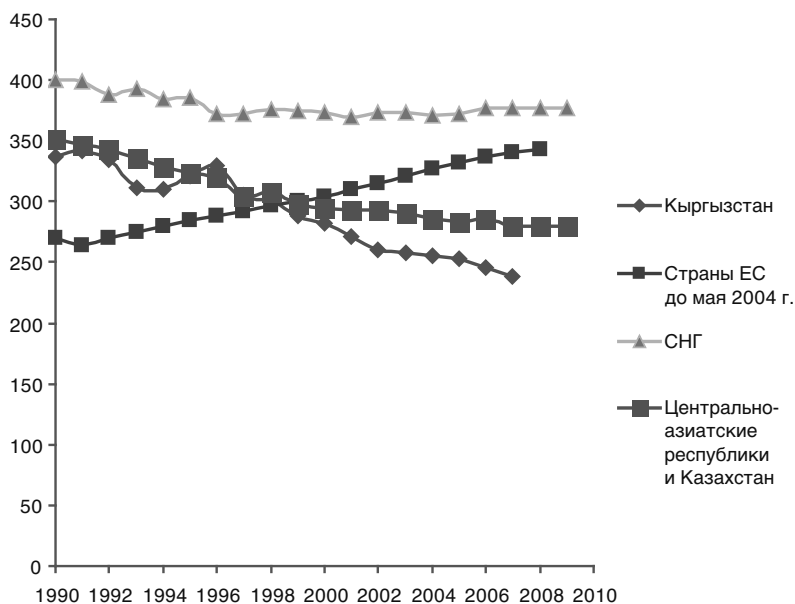
В 1990–2009 гг. в Кыргызстане также произошло сокращение числа стоматологов и, в особенности, фармацевтов (рис. 4.8 и 4.9).

Одной из основных проблем кадрового обеспечения в Кыргызстане является неравномерное региональное распределение кадрового потенциала (табл. 4.2). Городские регионы лучше укомплектованы, чем сельские, где ситуация с нехваткой врачей остается критической. В отдельных районах страны обеспеченность врачами составляет только около 100 врачей на 100 000 населения.

Увеличивается миграция медицинских работников как внутри страны, так и за ее пределы. В 2009 г. 1099 врачей и 3080 медсестер уволилось из государственных медицинских учреждений; из них 60 врачей и 180 медсестер эмигрировали (Министерство здравоохранения, 2010b). Другой причиной более высокого уровня обеспеченности врачами в го-

Рисунок 4.5

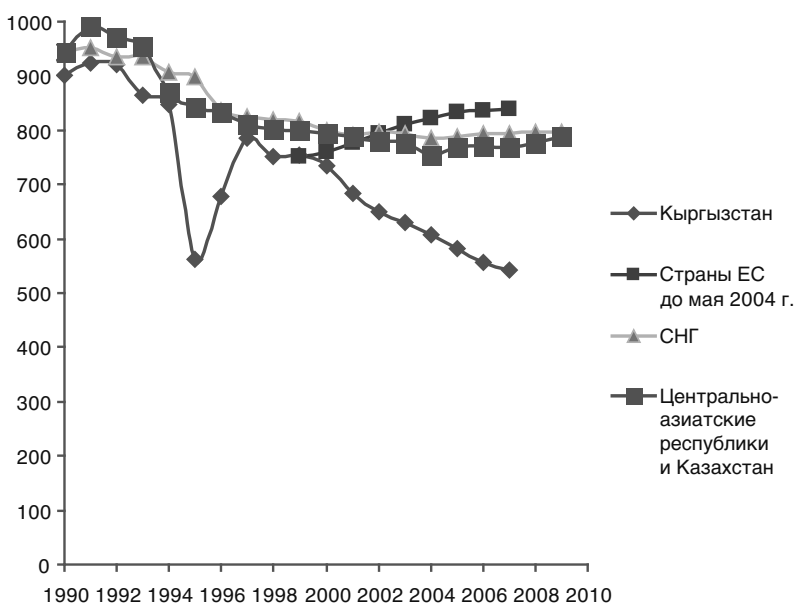
Обеспеченность врачами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рисунок 4.6

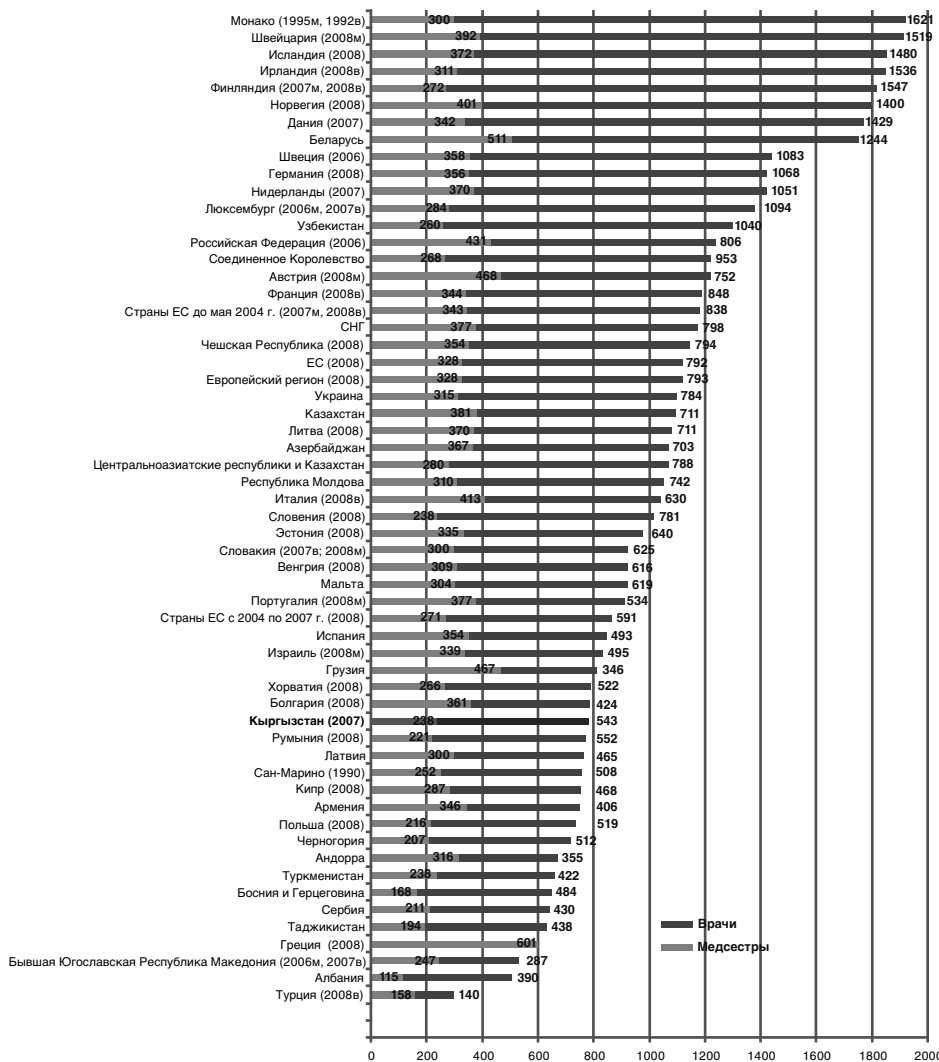
Обеспеченность медсестрами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.



Источник: WHO EURO, 2010a/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010a.

Рисунок 4.7

Обеспеченность врачами и медсестрами (физические лица на 100 000 населения), страны Европейского региона ВОЗ, 2009 г. (или данные за последний год)

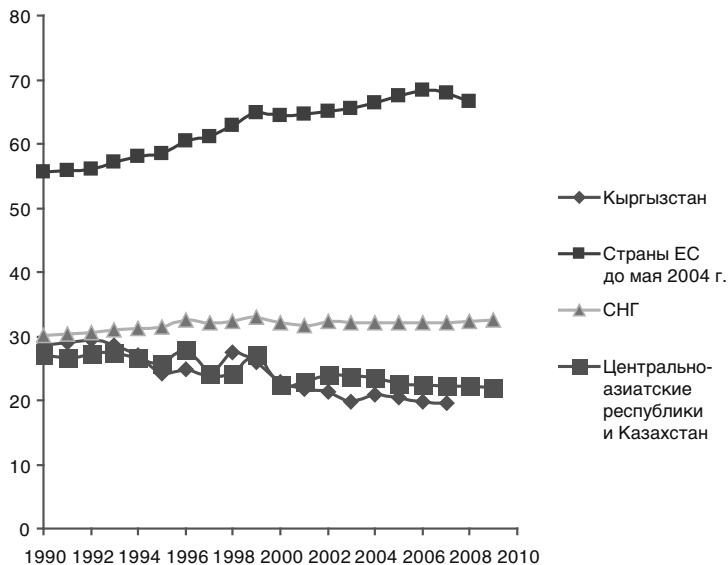


Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Примечание: м – медсестры, в – врачи.

Рисунок 4.8

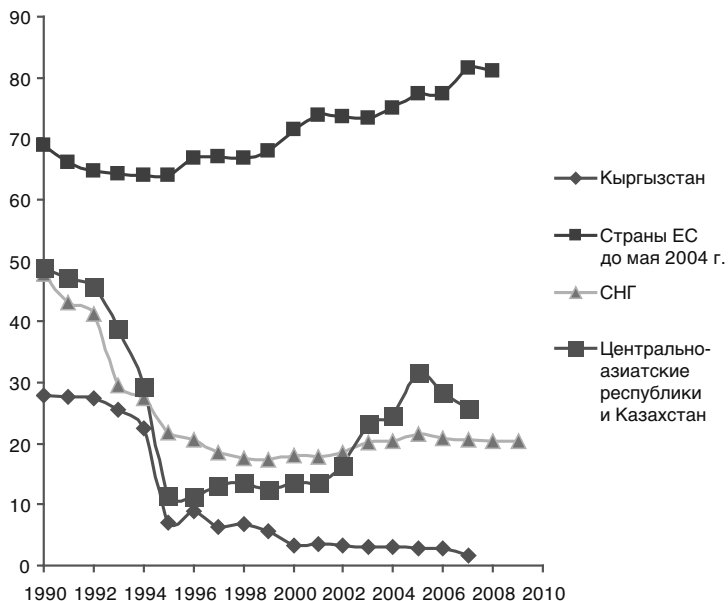
Обеспеченность стоматологами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Рисунок 4.9

Обеспеченность фармацевтами (физические лица на 100 000 населения), Кыргызстан, ЦАРК, СНГ и ЕС-15, 1990–2009 гг.



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

Таблица 4.2

**Обеспеченность врачами и медицинскими сестрами по регионам страны (на 100 000 населения), 2009 г.**

Область	Врачи	Медсестры
Иссык-Кульская	153	423
Нарынская	154	575
Таласская	141	490
Чуйская	151	345
Ошская	151	552
Жалалабадская	134	499
Баткенская	146	651
Город Бишкек	277	328
Город Ош	243	470
Кыргызстан	230	517

Источник: Республиканский медицинский информационный центр, 2010.

родской местности является концентрация медицинских учреждений в столице и областных центрах. Сельские медицинские учреждения зачастую плохо оборудованы и обеспечены, и уровень жизни в сельской местности имеет тенденцию к ухудшению.

Предыдущая система, при которой выпускники медицинских образовательных учреждений распределялись в конкретную (в основном сельскую) местность, прекратила существование в первые годы переходного периода. Однако в силу существующего кадрового кризиса, статья 97 Закона «Об охране населения в Кыргызской Республике» предусматривает восстановление системы обязательного распределения выпускников в сельскую местность. В ней предусмотрено, что студенты, которые получали государственные стипендии на учебу в медицинском образовательном учреждении, должны отработать в назначенной сельской местности минимум два года. Согласно этой статье, на местные органы самоуправления возлагается ответственность за создание условий для молодых медицинских работников на местах (Meimanaliev et al., 2005).

Кроме того, для улучшения обеспеченности кадровыми ресурсами в сельской местности и смягчения воздействия миграции Министерством здравоохранения также предпринят ряд дополнительных мер, направленных на привлечение и закрепление медицинского персонала в сельской местности. Одна такая программа, названная «Депозит врача», изначально была разработана для привлечения молодых врачей в сельскую местность. Эта программа была рассчитана на три года, в течение которых врачи должны были переехать в одно из отдаленных сел, в котором остро не хватало медицинского персонала. За это врачи получают 3000 сом (83 долл. США) за каждый месяц на свой банковский



счет (подлежит обложению подоходным налогом). Деньги со счета можно снимать только через каждые шесть месяцев (Манжиева и др., 2008). После первого года реализации программы стало ясно, что таким образом было невозможно привлечь выпускников и молодых врачей; к концу 2007 г. только 58 из 150 мест были заполнены. Видя это, Министерство здравоохранения приняло решение разрешить уже работающим врачам подавать заявки на свои же текущие должности, чтобы, по крайней мере, удержать тех врачей, которые уже работали в этих селах. Данная программа предусматривалась как инструмент удержания существующих врачей от увольнения, а не как инструмент привлечения новых кадров. На начало 2009 г. 147 врачей принимали участие в данной программе. Из них 20 являлись выпускниками клинической ординатуры и аспирантуры, тогда как остальные 127 – врачами, работающими на местах. К началу 2010 г. общая сумма выплат врачам, работающим по данной программе, составила 6,3 млн сомов.

Другой мерой по привлечению и удержанию медицинских работников в сельской местности является 10%-ная надбавка к окладу. Эффективность данной меры еще не оценивалась. В рамках гранта ГАВИ по укреплению систем здравоохранения ФОМС планирует пилотирование новой системы стимулов для медицинских учреждений первичного звена (Акказиева и др., 2009). На основании прогресса, достигнутого по показателям материнской и детской смертности, сердечно-сосудистым заболеваниям и состояниям, управляемым на первичном уровне, ГСВ будут получать небольшие бонусы к своей заработной плате. Поскольку эта мера была направлена на установление целевых показателей деятельности, а не на решение вопроса нехватки медицинских работников, то положительный эффект ожидается в сфере мотивации врачей в сельской местности. Другими шагами по смягчению кадрового кризиса являются повышение потенциала медицинского персонала среднего уровня, такого как фельдшера, а также попытки децентрализовать обучение.

Как упоминалось ранее, Министерством здравоохранения восстановлено обязательное распределение финансируемых государством выпускников медицинских образовательных учреждений в сельскую местность. Однако все больше выпускников не едут в медицинские учреждения по распределению. В предыдущие годы около 50% всех выпускников соглашались на работу в селе или городе, куда их направляло государство. В 2007 г. эта доля понизилась до 20%. Большинство выпускников выбирают Бишкек и Чуйскую область.

Одногодичная программа интернатуры была восстановлена в 2007 г. Она требует от студентов прохождения практического обучения в областях страны (областные объединенные больницы, областные ЦСМ, территориальные больницы и районные ЦСМ). Основной целью программы является повышение качества медицинского образования в плане практических навыков и клинического опыта, но программа также нацелена на привлечение и удержание молодых специалистов за пределами крупных городов. Однако неясно, перевесит ли польза от попытки смягчить кадровый кризис на селе угрозу сокращения двухгодичной программы до годичной интернатуры, а также ограниченный контроль, присущий этим программам.

С целью улучшения планирования кадровых ресурсов Министерством здравоохранения создана база данных по персоналу, занятому в медицинских учреждениях государственного сектора. Однако комплексная система планирования кадровых ресурсов в секторе здравоохранения еще не сформирована.

Министерство здравоохранения разделило уровни профессиональной квалификации на три категории: высшая, первая и вторая. В критерии для этих категорий входят результаты экзамена, стаж работы, прохождение курсов переподготовки, а также оценка последних трех лет работы. Квалификацию требуется подтверждать каждые 5 лет. Специалисты с профессиональной категорией имеют право на прибавку к своей заработной плате.

#### **4.2.2. Подготовка медицинских кадров**

В Кыргызстане подготовка врачей обеспечивается четырьмя вузами. В результате введения в Кыргызстане аккредитации медицинских образовательных учреждений, проводимой совместно с Министерством образования и науки, количество медицинских институтов сократилось с девяти в 1991 г. до четырех в 2010 г. В 2010 г. врачи обучались в следующих образовательных учреждениях:

- Кыргызская государственная медицинская академия, созданная в 1939 г. и расположенная в Бишкеке, которая выпустила 467 медицинских специалистов в 2007 г. (в сравнении с 782 в 1996 г.). Это ведущий медицинский университет.
- Ошский государственный университет, созданный в 1992 г. в городе Ош. Город расположен в южной части Кыргызстана, и в нем прожи-

вает 300 000 жителей. Университет начал выпускать студентов в 1999 г., и в 2007 г. выпустил 338 медицинских специалистов.

- Кыргызско-Российский славянский университет, основанный в 1993 г. и поддерживаемый Российской Федерацией, расположен в городе Бишкек. В 2002–2007 гг. выпускал по 66 медицинских специалистов в год.
- Кыргызско-Узбекский университет, основанный в 1997 г. и расположенный в городе Ош. Первый выпуск 25 медицинских специалистов состоялся в 2006 г.

Допуск к клинической практике регулируется Законом «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики». Им предусматривается, что медицинские и фармацевтические специалисты должны быть допущены к практической деятельности только после получения лицензии или сертификата и что регистрация должна проходить в соответствии с процедурами, установленными Министерством здравоохранения. Сертификация (аттестация) медицинских и фармацевтических работников осуществляется Министерством здравоохранения и профессиональными ассоциациями.

Процесс приема в медицинские образовательные учреждения рассмотрен в результате национального тестирования выпускников средних образовательных учреждений. Только ученики (финансируемые как государством, так и самостоятельно) с отличными отметками принимаются в медицинские университеты. Абитуриенты, набравшие самые высокие баллы по окончании средней школы (выше, чем 80% всех учеников), имеют право на получение финансовой поддержки от государства и могут проходить обучение в области медицины на бесплатной основе. Остальные обязаны платить за свое обучение. Квоты были установлены, чтобы создать некоторый баланс между сельскими и городскими студентами. Количество финансируемых государством студентов определяется Министерством образования и науки по согласованию с Министерством здравоохранения.

Базовое обучение с получением диплома о медицинском образовании длится 5–6 лет, в зависимости от специальности, затем 1–4 года дополнительной подготовки. Интернатура и клиническая ординатура различаются в зависимости от выбранной специальности. Те, кто хочет специализироваться дальше, поступают в аспирантуру – двухгодичную программу обучения в научно-исследовательском институте или национальном центре. Выпускники аспирантуры могут практиковать как

узкие специалисты. Они могут начать работу над кандидатской диссертацией, чтобы получить ученую степень кандидата медицинских наук в течение 2 лет после окончания аспирантуры. Кандидаты медицинских наук могут начать писать докторскую диссертацию, чтобы получить ученую степень доктора медицинских наук в течение 3 лет после утверждения кандидатской диссертации. Решения о присвоении ученых степеней и званий принимаются в порядке, установленном Национальной аттестационной комиссией при Правительстве Кыргызской Республики. В государственном секторе академическая степень используется как коэффициент, который значительно повышает заработную плату.

Последипломное обучение включает регулярные краткосрочные курсы повышения квалификации для врачей, которые обычно проводятся в научно-исследовательских институтах и национальных центрах. Эти курсы очень важны, потому что в государственном секторе они определяют уровни квалификации и заработной платы.

Кыргызский государственный институт переподготовки и последиplomного образования является лидером в области развития первичного звена здравоохранения и внедрения семейной медицины. При поддержке ряда международных доноров, включая проекты Всемирного банка, ЮСАИД «ЗдравПлюс», Кыргызско-Финского проекта и других партнеров по развитию в 1995–2005 гг., Кыргызский государственный институт переподготовки и последиplomного образования разработал и внедрил комплексную стратегию образования и повышения квалификации для врачей первичного звена. Первоначально стратегия включала 11-месячные обучающие курсы по семейной медицине, создание областных центров семейной медицины и переподготовку всех врачей и медсестер первичного звена здравоохранения в стране.

Когда эта огромная задача была выполнена, стратегия переключилась на создание современной программы непрерывного медицинского образования, внедрение дистанционного обучения и создание ординатуры по семейной медицине. Модули по непрерывному медицинскому образованию тесно связаны с внедрением руководств по клинической практике и интегрированы с процессами повышения качества на уровне учреждения в рамках приоритетных программ. В отличие от некоторых других стран Центральной Азии и бывшего Советского Союза, Кыргызский государственный институт переподготовки и последиplomного образования и международные партнеры по развитию тесно взаимодействуют с целью обеспечения интегрированного механизма обучения для медицинских работников первичного

звена вместо ряда отдельных, вертикальных обучающих программ. Финансирование преподавателей по семейной медицине осуществляется из государственного бюджета. Они также сформировали неправительственную организацию под названием «Ассоциация групп семейных врачей», и заключают контракты на проведение различных обучающих курсов.

Подготовка среднего медицинского персонала проводится на базе 10 медицинских училищ и двух школ высшего сестринского образования, которые находятся в ведении Кыргызской государственной медицинской академии. Программа подготовки среднего медицинского персонала является трехгодичной программой очного образования после 11-летнего школьного образования. Школа высшего сестринского образования Кыргызской государственной медицинской академии предоставляет возможность получения высшего образования для медсестер. Ассоциация медсестер является активным членом Европейской сестринской ассоциации, и ею разработаны руководства по стандартной практике для медсестер, которые утверждены Министерством здравоохранения (Pirnazarova & Schlickau, 2010).

Как и в других странах бывшего Советского Союза, система медицинского образования в Кыргызстане формировалась в советский период. В связи с этим существовало несколько недостатков, связанных с данной системой. Знания, приобретаемые выпускниками, не полностью соответствовали практическим требованиям оказания медицинской помощи; общественному здравоохранению оказывалось недостаточное внимание, особенно в отношении профилактики заболеваний.

С целью совершенствования системы высшего медицинского и фармацевтического образования и для решения этих сложных задач была разработана Концепция реформирования медицинского образования. Данная концепция нацелена на:

- совершенствование нормативно-правовой базы медицинского и фармацевтического образования;
- модернизацию системы подготовки медицинских и фармацевтических работников в соответствии с международными стандартами;
- пересмотр системы приема в учреждения медицинского и фармацевтического образования;
- пересмотр системы оценки качества, уровней профессиональной компетенции и допуска к профессиональной деятельности;
- внедрение системы аккредитации в медицинском образовании;

- консолидацию ресурсной базы учреждений медицинского и фармацевтического образования и обеспечение их современным оборудованием;
- совершенствование кадровых ресурсов путем обучения и проведения оценки научного и преподавательского состава с использованием международных стандартов.

## 5. Предоставление медицинских услуг

### 5.1 Общественное здравоохранение

Услуги общественного здравоохранения в Кыргызской Республике предоставляются центрами Государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН), службой формирования здорового образа жизни, Республиканским центром карантинных и особо опасных инфекций, неправительственной организацией «Профилактическая медицина», Департаментом Госсанэпиднадзора, Республиканским объединением «СПИД» (см. раздел 2).

В основные обязанности центров Госсанэпиднадзора входят контроль за инфекционными заболеваниями посредством надзора, анализа и профилактики, а также санитарной инспекции и контроля. Надзор осуществляется за 30 инфекционными и пятью паразитарными заболеваниями и нацелен на ответные действия на вспышки на местном уровне после консультации с местными администрациями. Санитарная инспекция и контроль выполняются в отношении безопасности пищевых продуктов и питьевой воды, гигиены и безопасности труда, школьной гигиены и радиации, а также лицензирования коммерческих учреждений и продукции. Эти функции выполняются сетью организаций санитарно-эпидемиологического надзора при поддержке микробиологических лабораторий (оборудованных в соответствии с разными стандартами). ЦГСЭН совместно с лабораториями осуществляют контроль заболеваний и санитарную инспекцию. Чтобы использовать лабораторное оборудование более эффективно, лаборатории ЦГСЭН районного уровня объединяются с лабораториями ВИЧ/СПИД.

Проведение санитарной инспекции и контроля регулируется несколькими основными законами и около 3000 подзаконных нормативных актов службы ГСЭН. В соответствии с Законом «Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике», принятом 22 мая 2004 г., с внесенными поправками от 16 ноября 2009 г., планируется значительно

сократить количество нормативных документов и предоставить им статус законов, которые принимаются парламентом. Процесс пересмотра, обновления и разработки проектов новых нормативных документов, который начался в декабре 2004 г. и шел около пяти лет, связан с вступлением в ВТО. Аналогичное обновление идет в отношении процедур проведения эпидемиологического надзора.

К числу обязательных прививок, проводимых детям в Кыргызстане согласно календарю профилактических прививок, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики № 117 от 13 марта 2009 г., относятся: БЦЖ (против туберкулеза), комбинированная пентавалентная вакцина АКДС+ВГВ+ХИБ (АКДС – против дифтерии, коклюша и столбняка, ВГВ – против гемофильных заболеваний, ХИБ – против гепатита В), КПК (против кори, краснухи и эпидемического паротита), ОПВ – против полиомиелита, ХИБ (против гепатита В), АДС и АДС-М (против дифтерии и столбняка для взрослого населения). Республиканский центр иммунопрофилактики является организационно-методическим центром и организует планирование, закупку вакцин, транспортировку с соблюдением холодовой цепи. Прививки проводятся в прививочных кабинетах ЦСМ, ГСВ и территориальных больниц.

Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций обеспечивает консультативно-методическое руководство по вопросам карантинных и особо опасных инфекций, осуществляет разработку директивных документов, обучает специалистов лабораторной службы, проводит обследование природных очагов чумы и арбовирусных инфекций, координирует мероприятия по санитарной охране территории от завоза и распространения инфекционных заболеваний

Республиканский центр по формированию здорового образа жизни, созданный в 2001 г., несет ответственность за укрепление здоровья населения и воспитание чувства ответственности людей за собственное здоровье. Центр является подразделением Министерства здравоохранения и отчетывается заместителю министра – Главному государственному санитарному врачу Кыргызской Республики. Свои мероприятия центр проводит через южный филиал в городе Ош и Центр формирования здорового образа жизни в городе Бишкек. В целях интеграции мероприятий по укреплению здоровья в первичное звено в каждом областном, районном и городском ЦСМ открыт кабинет формирования здорового образа жизни.

В соответствии с пилотной программой в рамках Кыргызско-Швейцарского проекта по реформе здравоохранения, названной «джумгальская модель», а ныне – программа «Действия сообществ по вопросам



здоровья», мероприятия по формированию здорового образа жизни внедряются в практику сельскими комитетами здоровья. Пилотируемый сначала в Нарынской области, в настоящее время этот проект распространен в остальных регионах страны. К 2011 г. было создано 1312 сельских комитетов здоровья (СКЗ) в 1254 селах страны. СКЗ продвигают мероприятия сообществ по здравоохранению через более широкую программу развития здравоохранения на уровне сообществ. Данная программа признана как в Кыргызстане, так и партнерами по развитию как наиболее успешная. Что касается городского населения, то с 2010 г. в городах Бишкек и Токмак пилотируется программа «Здоровый город» при техническом содействии Кыргызско-Швейцарского проекта по реформе здравоохранения. Программа предусматривает работу, проводимую местными органами управления, осуществляемую в школах и детских садах.

Республиканский центр по формированию здорового образа жизни предоставляет широкий круг мероприятий по санитарному просвещению и информированию на основе совместных методик проведения оценки, межличностного общения, а также мониторинга и оценки изменений в поведении. Центр имеет хорошие перспективы для достижения интеграции мероприятий по укреплению здоровья, профилактики и контроля заболеваний, которые предусмотрены как программой реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими», так и программой «Укрепление здоровья населения Кыргызской Республики на 2009–2011 гг.».

Для дальнейшего развития общественного здравоохранения в рамках «Манас Таалими» была разработана и утверждена приказом Министерства здравоохранения № 347 от 4 октября 2007 г. Концепция по общественному здравоохранению. Концепцией охвачены: законодательная база, организационная структура и система управления, межсекторальное и международное сотрудничество, исследовательские мероприятия, система финансирования, кадровая политика, информационные технологии и оборудование, формирование здорового образа жизни, контроль и надзор за заболеваниями и лабораторные услуги.

Служба ГСЭН занимает лидирующую позицию в реформировании и совершенствовании служб общественного здравоохранения. Реформирование данной структуры идет с использованием трехконтактного взаимодополняющего и поддерживающего подхода:

- сверху вниз: совершенствование законодательной базы и механизмов финансирования общественного здравоохранения, реструктуризация системы общественного здравоохранения;

- снизу вверх: совершенствование навыков ЦГСЭН на местах (на районном уровне) и услуг общественного здравоохранения; создание служб ЦГСЭН районного уровня в качестве координаторов общественного здравоохранения, и их взаимосвязь с укреплением и охраной здоровья, контролем заболеваний и мобилизацией сообществ посредством совместных действий с районными и сельскими комитетами здоровья, центрами формирования здорового образа жизни, ГСВ, ветеринарными службами и местными администрациями;
- основной подход на среднем уровне: данные мероприятия включают в себя совершенствование лабораторной службы, санитарного надзора и других услуг по общественному здравоохранению. Это непрерывный процесс и требует интенсивной международной технической помощи в следующие пять лет.

24 июля 2009 г. парламентом был принят Закон «Об общественном здравоохранении». Реализация настоящего закона позволит сформировать интегрированную и эффективную службу общественного здравоохранения.

## 5.2 Маршрут пациента в системе здравоохранения

Порядок предоставления медицинской помощи гражданам в Кыргызской Республике определен в Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медицинской помощью. Учреждения первичного звена (ГСВ или ФАП) являются учреждениями первого контакта и выполняют роль «диспетчера», направляющего пациента на получение специализированной медицинской помощи. Медицинская помощь на уровне ГСВ/ФАП предоставляется бесплатно всем гражданам, приписавшимся к ГСВ.

Если пациенту нужна более специализированная помощь, то он/она направляются к специалистам в ЦСМ, которые являются амбулаторными диагностическими подразделениями больниц. В соответствии с ППГ консультации и простые лабораторные и диагностические исследования предоставляются бесплатно. При проведении лабораторно-диагностических исследований сверх базовых пациент вносит соплатеж (с учетом наличия или отсутствия льгот) в размере, определяемом прейскурантом цен. Прейскурант разрабатывается Министерством здравоохранения и согласовывается с Государственным агентством

по антимонопольной политике и развитию конкуренции при правительстве.

Плановая стационарная помощь предоставляется при наличии направления на госпитализацию (от семейного врача, узкого специалиста ЦСМ, ведомственной медицинской службы, военно-врачебной комиссии). ПГГ определяет ставки соплатежей, льготные контингенты, освобождающиеся от уплаты соплатежей или имеющие право на сниженную ставку соплатежей. В случае отсутствия направления на госпитализацию пациент должен оплачивать полную стоимость лечения в стационаре. При возникновении неотложных состояний, требующих стационарного лечения, пациент может быть госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи либо самостоятельно прибыть в стационар для дальнейшей госпитализации. В этом случае помощь в больнице ему оказывается бесплатно.

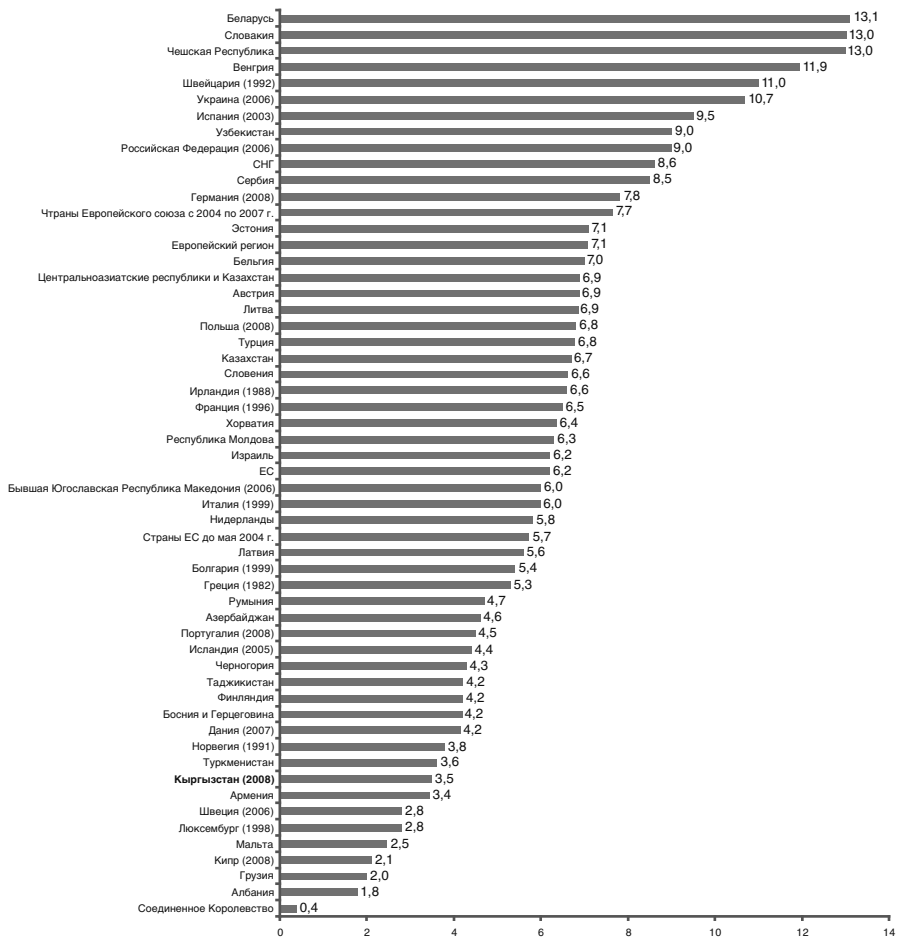
### 5.3 Первичная/амбулаторная помощь

Учреждения первичной медицинской помощи являются первым пунктом контакта пациента с системой здравоохранения. Для повышения эффективности первичного звена и службы скорой помощи стационарные отделения были отделены от учреждений, оказывающих первую помощь. В 2007 г. существовало 82 ЦСМ, 695 ГСВ, в том числе 25 ГСВ, которые функционировали как независимые юридические лица, и 932 ФАП. Услугами ГСВ, в том числе предоставляемые ФАП, было охвачено 98,2% населения. На рис. 5.1 представлен показатель числа врачебных посещений на душу населения в Кыргызстане по сравнению с другими странами Европейского региона ВОЗ.

**Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)** – это структуры, в которые население сельской местности обращается в первую очередь за медицинской помощью (место первого контакта населения с системой здравоохранения). В советское время ФАП создавались для предоставления медицинской помощи в малонаселенных сельских и отдаленных населенных пунктах с населением от 500 до 2000 человек. Как правило, ФАП укомплектован по крайней мере одним фельдшером – медицинским работником со средним образованием. В более крупных населенных пунктах ФАП также укомплектованы акушеркой и медицинской сестрой. Услуги, оказываемые ФАП, ограничиваются самыми базовыми услугами, ante- и постнатальной помощью, иммунизацией и санитарно-просветительской деятельностью. Роженицы направляются в

Рисунок 5.1

Число врачебных посещений на одного человека в год, страны Европейского региона ВОЗ, 2008 г. (или данные за последний год)



Источник: WHO EURO, 2011/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.

ближайшие ЦСМ или территориальную больницу. Ранее ФАП находились в административном подчинении центральных районных больниц, в настоящее время они подчиняются ГСВ или ЦСМ своих районов. В программе реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» особое внимание уделяется развитию ФАП, поскольку в них обслуживается большая часть сельского населения. Намеченная интеграция первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения означает, что у работников ФАП повысится ответственность за профилактические мероприятия, связанные с формированием здорового

образа жизни, а также за совместную работу с населением, местными сообществами и неправительственными организациями в области продвижения здорового образа жизни и формирования санитарных и гигиенических навыков.

**Группы семейных врачей (ГСВ)** – это структуры, образованные в последние годы на базе существовавших ЛПУ (ФАП, сельские врачебные амбулатории, поликлиники и сельские участковые больницы). ГСВ укомплектованы по крайней мере одним врачом, медсестрами и акушерками и обслуживают населенные пункты с населением свыше 2000 человек. Численность персонала зависит от численности приживающих в населенном пункте. Основным принципом деятельности ГСВ является свободный выбор семейного врача (или группы семейных врачей).

ГСВ отвечают за оказание первичной медицинской помощи своему приписанному населению. С внедрением ГСВ в систему здравоохранения были внедрены принципы семейной медицины. При создании ГСВ в рамках масштабной программы переобучения врачам-специалистам были впервые предложены курсы по семейной медицине (Hardison et al., 2007). ГСВ обычно состоит из врачей трех специальностей: терапия, педиатрия и акушерство/гинекология, а также акушерок и медсестер. Преимущество такой организации заключается в том, что она позволяет оказывать комплексную, непрерывную и интегрированную первичную помощь всей семье, тогда как раньше эти услуги предоставлялись отдельными учреждениями для взрослых, детей и женщин (женские консультации).

**Центры семейной медицины (ЦСМ)** – самые крупные учреждения амбулаторно-поликлинической службы, предоставляющие услуги первичной медицинской и специализированной амбулаторно-диагностической помощи, включая инструментальную диагностику (в том числе радиографические и ультразвуковые исследования). ЦСМ оказывают следующие виды услуг: медицинская помощь детям, малая хирургия, восстановительное лечение, консультации по планированию семьи, акушерская и перинатальная помощь, первая медицинская помощь, назначение и выписка лекарственных средств, выдача медицинских справок, помощь на дому, а также профилактическая помощь и услуги по формированию здорового образа жизни. Штат ЦСМ составляет от 10 до 20 специалистов. ЦСМ есть в каждом районе и области, так как они были созданы на базе поликлиник. Также ЦСМ отвечают за все ГСВ и ФАП своего района, хотя имеются ГСВ, являющиеся самостоятельными юридическими лицами. Связь между ЦСМ и ГСВ, между узкими специалистами и специалистами первичного звена имеет свои сложно-

сти. С одной стороны, ГСВ нужны специалисты, лабораторные и диагностические услуги, входящие в расширенную структуру ЦСМ. С другой стороны, излишнее число узких специалистов на амбулаторном уровне, которые не связаны со стационарами, тормозит развитие ПМСП, особенно в городе Бишкек.

Дальнейшее развитие первичного звена будет направлено на совершенствование инфраструктуры и оснащение ФАП, ГСВ и службы скорой медицинской помощи, с разработкой генерального плана расположения медицинских учреждений, улучшением обеспечения коммуникационными технологиями, укреплением кадровых ресурсов, и внедрением социально-экономических стимулов для медицинских работников в сельской и отдаленной местностях.

**Центры общей врачебной практики (ЦОВП)** – это новый тип медицинских учреждений. ЦОВП были созданы путем слияния территориальных больниц с учреждениями ПМСП. С 2006 г. было создано 26 ЦОВП в отдаленных районах страны. Основные причины принятия такого решения заключаются в следующем:

- нехватка финансовых средств в стационарах в отдаленных районах, поскольку небольшое число обслуживаемых пациентов при оплате за законченный случай не позволяет получить достаточно средств;
- отсутствие кадров из-за высокой миграции медицинских специалистов в городскую местность и нехватки новых выпускников, желающих работать в отдаленных районах;
- недостаточное оснащение и нехватка машин скорой помощи, чтобы добраться до населения в отдаленных районах.

Осознав эту проблему, Министерство здравоохранения приняло решение о необходимости применения специальных механизмов финансирования медицинских услуг в отдаленных и труднодоступных регионах. Создание ЦОВП было направлено на повышение эффективности оказания медицинских услуг и улучшение доступности высококвалифицированной помощи в отдаленных регионах.

Оценка деятельности ЦОВП на ранней стадии обнаружила неоднозначную картину (Мурзалиева и др., 2007). Деятельность ЦОВП продемонстрировала как сильные, так и слабые стороны этих учреждений, что зависело от ряда факторов, включая условия, в которых создавались конкретные учреждения (например, уровень финансирования, инфраструктура и специфические особенности обслуживае-

мой зоны), логистика, кадровые ресурсы (включая количество врачей и медицинских сестер, уровень квалификации, возрастные характеристики) и стиль управления. С одной стороны, проведенная оценка показала, что эффективность и качество предоставляемых услуг в целом повысились, с другой – оценка выявила необходимость обновления механизмов формирования заработной платы и необходимость пересмотра законодательной базы для функционирования ЦОВП, в частности четкое распределение ролей и должностных обязанностей административных и медицинских работников.

## **5.4 Вторичная и третичная помощь**

Вторичная медицинская помощь оказывается в специализированных амбулаторных учреждениях и стационарах. Специализированная амбулаторная помощь оказывается в ЦСМ и амбулаторных отделениях больниц. Стационарная помощь оказывается в больницах различных типов, включая территориальные больницы (городские и районные больницы), их филиалы, детские больницы, родильные дома и объединенные областные больницы.

### **5.4.1 Территориальные больницы**

Территориальные больницы стали создаваться с 2002 г., заменяя бывшие центральные районные больницы. Центральные районные больницы предоставляли стационарную помощь на районном уровне до 2004 г. Это были крупные медицинские учреждения, расположенные в районных центрах (самый большой город или поселок района), предназначенные для обслуживания потребностей населения всего района. В центральных районных больницах обычно был представлен широкий круг специалистов, там же располагались ЦСМ и служба скорой медицинской помощи, они были хорошо оснащены. Традиционно центральные районные больницы играли ключевую роль в управлении здравоохранением на районном уровне. Они несли ответственность за все здравоохранение в районе, включая небольшие медицинские учреждения, такие как сельские участковые больницы, сельские врачебные амбулатории и ФАП. В них также велись централизованный учет и медицинская статистика. Финансовые механизмы в рамках системы единого плательщика требовали новой организации медицинских учреждений,

и в 2002 г. центральные районные больницы начали трансформироваться в территориальные больницы или филиалы территориальных больниц (в том числе территориальные городские больницы). К 2004 г. этот процесс был завершен. Реорганизация привела к большей централизации на районном уровне, поскольку директора территориальных больниц определяют структуру своих филиалов. Есть надежда, что новые организационные формы будут содействовать дальнейшей реструктуризации стационаров, предоставляя в то же время возможность более сильным территориальным больницам осуществлять перекрестное субсидирование финансово слабых филиалов в отдаленных и географически изолированных населенных пунктах.

### **Сельские участковые больницы**

Сельские участковые больницы (СУБ) представляли собой основную организацию, предоставляющую больничные услуги в отдаленной сельской местности. Это самые маленькие больничные учреждения, обычно рассчитанные на 25–30 коек. Помимо стационарной помощи по основным профилям, СУБ также предоставляли амбулаторную медицинскую помощь. В СУБ были представлены врачи четырех специальностей: педиатрия, терапия, гинекология и в некоторых случаях – стоматология. В целом СУБ работали неэффективно, потому что их основная роль заключалась в обеспечении физического доступа к базовым медицинским услугам относительно небольшого числа жителей населенных пунктов, расположенных в удаленных районах. Во многих СУБ не было электричества или водоснабжения. Использование устаревшего медицинского оборудования и его недостаточность ограничивали возможности оказания медицинских услуг. Ряд сельских участковых больниц были закрыты или трансформированы в ГСВ, ЦСМ, филиалы территориальных больниц. Планы реструктуризации предусматривают дальнейшую реорганизацию сельских участковых больниц в амбулаторные учреждения, филиалы территориальных больниц или ЦОВП путем их слияния с учреждениями ПМСП.

### **Городские больницы**

Городские больницы, включая больницы для взрослых, детей и родильные дома, оказывают стационарную помощь в городах. В отличие от сельских больниц, эти стационары были отделены от поликлиник. В ре-



зультате реструктуризации стационарной сети городские больницы были преобразованы в территориальные (городские) больницы путем слияния городских больниц, расположенных в одном городе, и закрытия неэффективных учреждений либо их преобразования в ГСВ или ЦСМ.

### **Объединенные областные больницы**

Объединенные областные больницы оказывают специализированную амбулаторную и специализированную стационарную помощь на областном уровне. Эти учреждения обычно расположены в областных центрах и располагают самой большой мощностью в области (за исключением республиканских учреждений). Объединенные областные больницы являются результатом реструктуризации 2000 г., когда были упразднены областные управления здравоохранения. Объединенные областные больницы были созданы путем слияния областных организаций здравоохранения, предоставляющих стационарную помощь, в одну организационную систему с целью экономии средств и улучшения интеграции и координации помощи. В качестве промежуточной меры административные функции областных управлений здравоохранения были переданы объединенным областным больницам. Позже эти функции были переданы областным ЦСМ. Эти больницы сейчас объединяют общепрофильные, специализированные и параклинические медицинские учреждения, такие как диспансеры, туберкулезные больницы, станции переливания крови и судебную медицину.

### **5.4.2 Третичная помощь**

Третичная помощь оказывается организациями республиканского подчинения: республиканскими больницами, центрами и научно-исследовательскими институтами и специализированными диспансерами и больницами на региональном уровне. Учреждения третичной помощи являются узкоспециализированными учреждениями, оказывающими помощь по таким специальностям, как кардиология, туберкулез, онкология и радиология, акушерство и педиатрия, психиатрия, лечение инфекционных заболеваний. Все учреждения третичного уровня оказывают специализированную амбулаторную и стационарную помощь. Как правило, в республиканских ЛПУ работают специалисты высшей категории, они лучше оснащены и часто выступают в качестве клинических баз учебных и научных организаций. Почти все республиканские ЛПУ

расположены в городе Бишкек. Они должны оказывать медицинские услуги третичного уровня населению всей республики вне зависимости от места постоянного проживания, но на практике большинство пациентов республиканских ЛПУ – жители Чуйской области и Бишкека, а предоставляемые ими услуги скорее вторичного, нежели третичного уровня. В рамках программы «Манас» с 1996 г. планировалось проведение реструктуризации сети медицинских учреждений, расположенных в Бишкеке, включая республиканские. Однако до 2010 г. реструктуризация практически не проводилась в связи с тем, что по данному вопросу не удалось достичь политического консенсуса. Аккумулирование средств здравоохранения на национальном уровне может способствовать возобновлению этого процесса. Кроме того, меняется роль республиканских организаций здравоохранения. Например, Республиканский кардиологический институт играет лидирующую роль и координирует действия по снижению сердечно-сосудистых заболеваний.

Услуги третичного уровня также предоставляются тремя крупными частными больницами, имеющими современную материально-техническую базу, оборудование и высококвалифицированный персонал и также являющимися клинической базой для медицинского образования и исследований. Данные высокоспециализированные хирургические учреждения обслуживают высокодоходные группы населения, включая иностранных граждан.

## 5.5 Скорая медицинская помощь

В 2009 г. в стране функционировало 4 станции скорой медицинской помощи и 99 отделений скорой медицинской помощи в ЦСМ и ЦОВП. В их состав входят 137 врачебных бригад, 443 фельдшерские бригады и 88 специализированных бригад. В 2009 г. было осуществлено 665 245 вызовов. Основной проблемой службы скорой помощи является неравномерное распределение по регионам. В начале реализации программы «Манас Таалими» региональные колебания числа вызовов на душу населения по отношению к среднему показателю по стране составляли от –92 до +40%. К 2007 г. региональные различия несколько сгладились, и колебания составили от –29 до +75%. Служба скорой помощи значительно лучше, чем в целом по стране, развита в городах Ош и Бишкек и Чуйской области. Кроме того, в Бишкеке круглосуточно работает частная служба скорой помощи. Она хорошо оснащена, но

доступна только для самых богатых слоев населения (Министерство здравоохранения, 2008).

Качество скорой медицинской помощи оставляет желать лучшего. Основными проблемами службы скорой помощи являются отсутствие технических средств связи, неоправданное расположение станций и отделений скорой помощи, плохое техническое оснащение, нехватка машин скорой помощи и средств на их содержание, низкая заработная плата и высокая текучесть персонала. В 2004 г. в целях усиления первичного звена отделения скорой медицинской помощи были выведены из состава стационарных учреждений и переведены в ЦСМ. Для дальнейшего укрепления службы скорой помощи в рамках программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими» проводятся следующие мероприятия:

- в целях обеспечения доступности услуг скорой помощи проводятся оценка и пересмотр расположения станций и отделений скорой помощи;
- повышение качества помощи посредством обучения персонала, разработки и внедрения клинических протоколов, усиления функционального взаимодействия с врачами ГСВ и другими медицинскими организациями при оказании скорой помощи;
- модернизация технического оснащения службы скорой помощи машинами скорой помощи, техническими средствами связи и медицинской аппаратурой.

Был разработан план развития служб скорой помощи, предусматривающий изменение мест расположения станций и отделений скорой помощи, закупку транспортных средств и средств связи. Этот план базировался на детальном анализе расположения структурных подразделений службы скорой помощи и учитывал такие важные факторы, как плотность населения, особенности и рельеф, расстояния от дорог и наличие технических средств связи. В 2006 г. при поддержке Всемирного банка и ФОМС было закуплено 82 машины скорой помощи.

## **5.6 Лекарственная помощь**

В советское время обеспечение лекарственными средствами осуществлялось по государственному плану. Монопольное государственное агентство «Кыргыз Фармация» импортировало и распределяло лекарст-

венные средства по всей стране. Сеть государственных аптечных учреждений реализовывала лекарственные средства по установленным розничным ценам. С развалом Советского Союза в 1991 г. и приобретением независимости в Кыргызстане резко ухудшилось обеспечение лекарственными средствами, и страна столкнулась с дефицитом медикаментов. В результате приватизации фармацевтической сети государство потеряло контроль над рынком медикаментов, а слабая законодательная база способствовала развитию черного рынка и ввозу низкокачественных лекарственных средств. Более того, система рецептурного отпуска медикаментов практически развалилась. Люди могли приобретать любые лекарства в аптеках без рецепта, включая психотропные средства и антибиотики.

4 декабря 1998 г. правительство приняло Государственную лекарственную политику, нацеленную на:

- обеспечение доступа к безопасным, эффективным и высококачественным медикаментам;
- обеспечение качества медикаментов и фармацевтических услуг;
- рациональное использование медикаментов;
- развитие кадрового потенциала;
- развитие информационной системы.

Принятая в 2007 г. Государственная лекарственная политика на 2007–2010 гг. преследовала те же стратегические цели. К важным нормативно-законодательным актам в области лекарственного обеспечения относятся Закон «О наркотических препаратах, психотропных веществах и продуктах» (принятый 22 мая 1998 г.), Закон «О лекарственных средствах» (принятый 30 апреля 2003 г.), Закон «О лицензировании» (принятый 1 августа 2003 г.), Закон «Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике» (принятый 22 мая 2004 г.), Закон «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики» (принятый 5 января 2005 г.) и ряд правительственных постановлений.

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, созданный при Министерстве здравоохранения в 1997 г., является основным органом, регулирующим деятельность в этой сфере. Он несет ответственность за реализацию национальной лекарственной политики, регистрацию и лицензирование отечественных и ввозимых лекарственных средств, вакцин и предметов медицинского назначения, а также за обеспечение качества лекарственных средств и мониторинг использования лекарств. Департамент имеет филиал в городе Ош.

В ведении Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники находится Центральная контрольно-аналитическая лаборатория, которая была создана в 1996 г. для проверки качества лекарственных препаратов. В стране функционируют две аккредитованные лаборатории: аналитическая лаборатория «Кыргыз Фармации» и лаборатория Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Кроме того, установлена межсекторальная система контроля лекарственной продукции и незаконного ввоза, в работе которой принимают участие Министерство здравоохранения, Министерство финансов, Министерство внутренних дел и Служба национальной безопасности.

Объем лекарственного рынка в Кыргызстане составил, по оценкам специалистов, 95 млн долл. США в 2009 г., 97% медикаментов импортировались, в основном из стран Содружества Независимых Государств (СНГ) (Министерство здравоохранения, 2010). Отечественное производство лекарственных средств состоит из таблеток, мазей и галеновых препаратов и травянистого сырья. В стране не производятся жизненно важные медикаменты. Развитие отечественного производства является одним из главных приоритетов Государственной лекарственной политики. Однако важным барьером для этого является отсутствие сырья для фармацевтического производства, за исключением местных трав.

За период 2003–2009 гг. число розничных аптек возросло на 47,8%. В 2009 г. в стране насчитывалось 2669 фармацевтических учреждений, включая 39 производственных предприятий, 306 складских учреждений, 940 аптек, 62 аптеки в стационарах, 1267 аптечных пунктов и киосков, а также 55 учреждений оптики и стоматологической продукции. Распределение аптек в сельской и городской местности значительно различается. Улучшение доступа сельского населения к лекарственным средствам и повышение числа сельских аптек являлись четко прописанными задачами реформ. В 2009 г. в Чуйской области 70% всех аптек располагалось в сельской местности, в Ошской области – 28%, в Жалалабадской области – 42%, в Иссык-Кульской области – 50%, в Таласской области – 59%, в Баткенской области – 30% и в Нарынской области – 60% (Министерство здравоохранения, 2010).

В стране существует система централизованной закупки медикаментов. Медицинские учреждения закупают лекарства по Перечню жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС), направленному на применение дженериков. Медицинские учреждения могут использовать средства ФОМС на закупку лекарственных средств, не входящих в ПЖВЛС, но объем этих закупок ограничен и не может превышать по своей сумме 10% общих расходов на закупку медикаментов. Введение соплатежей пациентов

улучшило обеспечение лекарственными средствами пациентов. В соответствии с Законом «О государственных закупках», принятым 24 мая 2004 г., в государственном секторе лекарства также закупаются централизованно (например, инсулин или вакцины) на основе проведения тендера. В законодательных и нормативных актах, регулирующих процесс закупок, пока еще не нашло отражения положение о соответствии закупаемых медикаментов передовым практикам производства. В исследовании ВОЗ по качеству медикаментов в рамках системы закупок лекарственных средств (ЛС) государственного сектора в Кыргызстане предлагается ряд мероприятий, направленных на постепенный переход к закупке лекарств согласно передовой производственной практике (WHO EURO, 2007/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007).

Первый перечень жизненно важных лекарственных средств в Кыргызстане был разработан в 1996 г. С тех пор он регулярно обновлялся в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Последний перечень был принят в марте 2009 г. и включает 358 международных непатентованных наименований. Разработка и обновление ПЖВЛС координируется Отделом рационального использования лекарственных средств Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники. Каждая новая версия ПЖВЛС утверждается правительством.

Рациональное использование лекарств поддерживается на всех уровнях оказания медицинской помощи. Разработка клинических протоколов на основе доказательной медицины нацелена на усиление рационального использования лекарственных средств. Клинические протоколы разрабатываются на основе ПЖВЛС. Пересмотры этого перечня и клинических протоколов взаимосвязаны и синхронизированы.

ПГГ предоставляет право пациентам с определенными медицинскими состояниями на бесплатные лекарственные средства на амбулаторном уровне. Эти состояния включают:

- острый инфаркт миокарда;
- туберкулез;
- бронхиальная астма;
- онкологические заболевания в последней стадии;
- психические заболевания (параноидальная шизофрения и аффективные расстройства);
- эпилепсия;
- диабет;
- гемофилия.

В 2000 г. ФОМС ввел программу дополнительного лекарственного обеспечения на пилотной основе. По этой программе аптеки, которые заключили контракт с ФОМС, реализуют определенные препараты по сниженным ценам застрахованным ФОМС пациентам. В 2009 г. приблизительно 77,6% населения были покрыты ФОМС, включая работающих, пенсионеров и детей в возрасте до 16 лет (ФОМС, 2010).

В 2008 г. в рамках Программы дополнительного лекарственного обеспечения предоставлялись медикаменты по списку, включавшему 74 дженерика и около 350 торговых наименований. Разработка перечня медикаментов, включаемых в программу, является обязанностью ФОМС. Этот перечень основывается на государственном ПЖВЛС (Министерство здравоохранения, 2008). Ставка компенсации определяется по системе котировочных цен, где цена компенсации рассчитывается как средняя цена медикаментов, имеющихся на рынке.

Введение программы дополнительного лекарственного обеспечения и обеспечение лекарствами на амбулаторном уровне, покрываемыми в рамках ПГГ, помогли улучшить экономическую доступность лекарственных средств для населения, в частности для пенсионеров. Это также повысило репутацию врачей ПМСП, включая семейных врачей, сократило уровень госпитализации и сопровождалось частичным восстановлением системы рецептурного отпуска медикаментов.

Несмотря на значительные продвижения в фармацевтическом секторе, сложности все же остаются. Одна из них заключается в том, что финансовая доступность медикаментов остается ограниченной, особенно в сельской местности. Качество медикаментов является другой проблемой. В целом системе недостает прозрачности и координированности действий всех заинтересованных сторон, что ведет к низкому уровню доступности, качества и безопасности (WHO EURO, 2008/Европейское региональное бюро ВОЗ, 2008).

В апреле 2009 г. правительство официально открыло проект Альянса прозрачности медикаментов. Целью реализации проекта является повышения доступности медикаментов. Проект направлен на повышение прозрачности информации о медикаментах посредством улучшения взаимодействия государства, частного сектора и гражданского общества. Общая цель данного проекта заключается в укреплении лекарственной системы посредством большей прозрачности и подотчетности. К задачам данного проекта относятся:

- разработка инструментов усиления прозрачности в процедурах закупки и законодательной практике;

- исследования в области качества медикаментов и их доступности;
- повышение осведомленности общественности.

В рамках проекта начато проведение исследований по изучению качества медикаментов, продающихся в розничных аптеках Бишкека и доступности лекарственных средств, предоставляемых в рамках ПГГ для лиц, страдающих бронхиальной астмой и психическими расстройствами. В рамках данного проекта также модернизируется информационная система Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники.

## 5.7 Паллиативная помощь

Как и во многих постсоветских странах, в Кыргызстане нет организованной службы паллиативной помощи. В большинстве случаев такая помощь оказывается учреждениями первичного звена. Сотрудники этих учреждений посещают таких больных на дому, при необходимости проводят необходимые процедуры, обучают родственников и близких уходу за пациентом. При ухудшении состояния больные могут быть направлены в стационар. В рамках Программы государственных гарантий онкологические больные бесплатно обеспечиваются обезболивающими средствами. В стране функционируют 2 хосписа: один при Национальном центре наркологии, другой при Ошском областном центре наркологии. Кроме этого, работает отделение паллиативной помощи при Национальном центре онкологии.

## 5.8 Охрана психического здоровья

Вопросы охраны психического здоровья регулируются Законом Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», принятым 17 июня 1999 г. Этот закон признан в целом соответствующим международным стандартам соблюдения прав человека. Закон гласит, что психиатрическая помощь осуществляется на основе принципов законности, милосердия, гуманности и соблюдения прав и свобод человека. Законом гарантируется добровольность обращения за помощью, за исключением отдельных случаев.

Согласно статье 16 настоящего закона психическим больным гарантируется:



- неотложная психиатрическая помощь;
- консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
- все виды психиатрической экспертизы, проводимые медицинскими консультативными комиссиями в амбулаторных учреждениях;
- социально-правовая помощь и содействие в трудоустройстве людей, страдающих психическими расстройствами;
- решение вопросов опеки;
- консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;
- социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;
- обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;
- психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

Первичная помощь больным психиатрического профиля предоставляется в городах Бишкек и Ош в специализированных диспансерах, в остальных регионах республики – в психиатрических кабинетах в центрах семейной медицины. Неотложная психиатрическая помощь обеспечивается 16 психиатрическими бригадами службы скорой медицинской помощи (8 – в городе Бишкек и 8 – в городе Ош). Психиатрическая служба представлена 6 самостоятельными учреждениями с общей коечной мощностью 2235 коек. В состав службы входит Республиканский центр психического здоровья (660 коек), Республиканская больница в селе Чым-Коргон (850 коек), Республиканская больница в селе Кызыл-Жар (550 коек) и Ошский областной центр психического здоровья (170 коек). Кроме того, стационарная психиатрическая помощь оказывается в 7 психоневрологических отделениях в составе больниц общего профиля. Психиатрическая помощь также оказывается в двух учреждениях третичного уровня: в Республиканском центре наркологии (в Бишкеке) и областном центре наркологии (в г. Ош). Всего в Кыргызской Республике в 2007 г. работали 161 психиатр (0,3 на 10 000 населения) и 84 психиатра-нарколога (0,2 на 10 000 населения).

Качество оказываемой помощи остается на очень низком уровне. С советского периода никаких изменений в клинической практике не произошло, специалисты зачастую применяют устаревшие методы лечения. Служба в основном представлена крупными учреждениями,

в которых концентрируются больные с психическими заболеваниями со всей страны. Эти учреждения работают неэффективно, занятость койки в 2007 г. в них составляла 66%. Министерство здравоохранения предпринимает определенные действия по реформированию психиатрической службы. Так, с 2007 г. при содействии ВОЗ была начата работа по интеграции психиатрической службы в первичное звено здравоохранения, для семейных врачей проводятся обучающие семинары по выявлению и диагностике мягких форм психических расстройств. Для приближения психиатрической помощи к населению были открыты 9 психоневрологических отделений в структуре территориальных и областных больниц. Также идет работа по поэтапному сокращению коечного фонда крупных психиатрических больниц.

Результаты исследования Института Открытого общества свидетельствуют о том, что реформы психиатрической службы способствовали улучшению доступности к другим видам медицинской помощи: в большей части больниц пациенты психиатрического отделения проходят тот же необходимый минимум обследований, что и пациенты других отделений. При необходимости пациентам психиатрического отделения оказывается хирургическая, офтальмологическая, гинекологическая и другая помощь. Пациентам психиатрических отделений в составе территориальных больниц доступны все лекарства для лечения соматических болезней, которыми располагает больница в рамках Программы государственных гарантий (Open Society Institute, 2009).

В 2006 г. ФОМС в рамках ПГГ внедрил льготное лекарственное обеспечение психотропными средствами для лиц, страдающих параноидальной шизофренией и аффективными расстройствами различного вида. Эти лекарства реализуются через аптечную сеть. Кроме того, в рамках Программы дополнительного лекарственного обеспечения ряд психотропных средств при амбулаторном лечении отпускается по льготным ценам.

Исследование Института Открытого общества 2009 г. показало, что доступность к психотропным препаратам улучшилась. В 2007 г. 5699 человек по всей стране получили по месту жительства психотропные и противоэпилептические лекарства из списка жизненно важных лекарственных средств. Возмещение из бюджета составило 2,9 млн сомов. Отмечается высокая удовлетворенность доступностью психотропных средств, предоставляемых в рамках ПГГ. Это повысило значимость профессии психиатра на местах и улучшило их удовлетворенность своим трудом. Отмечается высокий уровень удовлетворенности пациентов и членов их

семей, которые теперь могут получать лекарства по месту жительства и избавлены от необходимости ехать в отдаленные психиатрические больницы (Open Society Institute, 2009).

Амбулаторные реабилитационные программы направлены на оказание помощи пациентам, нуждающимся в психиатрической помощи, и создание условий для их самостоятельной жизни при минимальном вмешательстве со стороны специалистов. Несколько проектов по оказанию помощи людям, страдающим серьезными психическими расстройствами, осуществляются при поддержке внешних доноров, неправительственными организациями, такими как Фонд Сороса Кыргызстан, Программа инициатива психического здоровья (Институт «Открытое общество»), Европейский Департамент Каритас (Франция).

В 2006 г. на базе ЦСМ № 4 в городе Бишкек открыта Программа дневной помощи. Программа предоставляет услуги людям с тяжелыми хроническими психическими расстройствами, включая шизофрению, биполярные аффективные расстройства, депрессивные расстройства. Цель программы – улучшение качества жизни людей, страдающих психическими расстройствами, и их семей, помощь в развитии навыков жить с этими заболеваниями. Все участники вовлекаются в программы на основе добровольности и информированного согласия. Персонал программы состоит из социальных работников, специально подготовленных медицинских сестер. Психиатры работают на неполную ставку, они контролируют медикаментозное лечение, консультируют пациентов и членов их семей, проводят обучающие семинары.

На базе Республиканского центра психического здоровья работает мобильная бригада по оказанию психиатрической амбулаторной помощи наиболее трудным, недееспособным пациентам, которые не могут или не хотят выходить из дома. Задачами мобильной бригады являются: возвращение пациента в общество; непосредственное обучение навыкам адаптации и решения проблем; профилактика рецидивов; кризисное вмешательство; расширение сферы ответственности пациента; поддержка и обучение окружающих пациента людей. В составе бригады 7 специалистов, включая психиатра, медсестер и социальных работников. Члены бригады постоянно посещают пациентов. На базе Республиканского центра психического здоровья работает Информационно-правовой центр, обеспечивающий пациентов информацией и средствами коммуникации (телефон, почта), юридической помощью.

## 5.9 Стоматологическая помощь

В советское время стоматологическая помощь предоставлялась стоматологической службой, в состав которой входили стоматологические поликлиники, предоставлявшие общую стоматологическую помощь на первичном уровне, и стационары, предоставлявшие специализированную помощь. В настоящее время стоматологическая помощь предоставляется как государственными, так и частными клиниками. Частные клиники открываются в основном в столице и областных центрах, таким образом, население имеет возможность выбора. Стоматологические услуги частных клиник оплачиваются полностью пациентами.

Государственная сеть представлена 37 стоматологическими поликлиниками и 97 кабинетами в структуре ЦСМ или ЦОВП. Они предоставляют населению стоматологическую помощь в рамках ПГГ. Услуги, оказываемые сверх ПГГ, оплачиваются пациентами самостоятельно. К сожалению, из-за недостатка государственных средств объем стоматологических услуг в рамках ПГГ довольно ограничен.

Объем стоматологической помощи в рамках ПГГ включает:

- профилактику:
  - профилактические осмотры зубов и полости рта два раза в год у детей детских дошкольных учреждениях, учащихся средних общеобразовательных учебных заведений, беременных женщин;
  - обучение населения санитарно-гигиеническим нормам и навыкам по уходу за зубами и слизистой оболочкой полости рта;
- экстренную стоматологическую помощь, включая медикаментозное обеспечение;
- зубопротезирование и ортодонтическое протезирование.

Бесплатное зубопротезирование (за исключением протезов из драгоценных металлов) осуществляется для определенных категорий граждан, таких как участники и инвалиды Великой Отечественной войны; инвалиды по отдельным основаниям. Исправление дефектов положения зубов, прикуса и челюсти осуществляется бесплатно для детей и подростков до 14 лет.

## 5.10 Народная медицина

В соответствии с Законом «Об охране здоровья», в Кыргызстане признается право на занятие народной медициной (целительством). Правом на занятие народной медициной обладают граждане, прошедшие специальную подготовку в области традиционной медицины и народной медицины, получившие диплом целителя, а также лицензию. Порядок подготовки целителей в области народной медицины и выдачи им лицензии определяется Министерством здравоохранения. При этом запрещается рекламирование целительства. Причинение вреда здоровью или жизни человека в результате целительства уголовно наказуемо. Министерство здравоохранения, выдавшее лицензию целителю, ведет мониторинг его деятельности в части профилактики, диагностики и лечения. Каждый случай, приведший к ухудшению состояния здоровья пациента или его смерти, разбирается медицинской комиссией. Данными о количестве обращений к целителям Министерство здравоохранения не располагает.

## 5.11 Медицинское обслуживание особых групп населения

Во времена Советского Союза Совет Министров, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, Комитет национальной безопасности, Управление железной дороги, Управление гражданской авиации, крупные предприятия имели свои собственные параллельные системы здравоохранения. Ведомственные системы оказывали медицинскую помощь работникам соответствующих структур и их членам семей. В то же время при необходимости люди могли обратиться и в общедоступную сеть за получением в основном высокоспециализированной медицинской помощи.

Разразившийся после получения независимости экономический кризис и проводимые реформы системы финансирования здравоохранения породили значительные трудности для ведомственных систем здравоохранения. Ряд крупных предприятий был приватизирован или закрыт, а их медицинские организации переданы Министерству здравоохранения (например, медицинская служба Кыргызского горнорудного комбината, медицинская служба Управления железной дороги).

Доступ в организации здравоохранения, подведомственные Министерству здравоохранения, ограничился для пациентов параллельных

систем здравоохранения, так как в бюджетах ведомственных медицинских служб не предусматривались расходы на лечение в общедоступной сети.

Для решения этих проблем 15 июля 2003 г. был принят Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон Кыргызской Республики “О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике”». В соответствии с этим законом военнослужащим (находящимся на службе и в отставке) предоставлялось право на обязательное медицинское страхование. Однако средств на обязательное медицинское страхование этого контингента из республиканского бюджета не выделялось. Как компромиссный вариант, сотрудникам этих структур было предложено самостоятельно и на добровольных началах выделять деньги из заработной платы на покупку полиса ОМС. В 2009 г. в систему обязательного медицинского страхования были включены работники Министерства внутренних дел, Министерства обороны, Пограничных войск, Министерства чрезвычайных ситуаций. Если сотрудники силовых структур хотят получать медицинскую помощь в рамках ПГГ, то они должны осуществлять добровольные взносы в систему ОМС.

Подобным же образом был решен вопрос интеграции беженцев в государственную систему здравоохранения. Беженцы из Таджикистана испытывали значительные трудности при получении медицинской помощи, так как, не являясь гражданами Кыргызстана, вынуждены были платить самостоятельно при обращении в медицинские организации. В 2002 г. по инициативе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и УВКБ ООН совместно была разработана программа по интеграции таджикских беженцев в государственную систему здравоохранения. УВКБ выделил необходимые средства, и беженцы были включены в систему ОМС с правом получения медицинской помощи в рамках ПГГ. В 2009 г. 8 тысяч беженцев имели обязательную медицинскую страховку (ФОМС, 2010).

## 6. Основные реформы в области здравоохранения

### 6.1 Анализ последних реформ

Унаследованная с советского периода система здравоохранения Кыргызстана строилась на принципах всеобщего доступа к бесплатной медицинской помощи. Система также характеризовалась жесткой структурой централизованного управления, высоким уровнем бюрократизации, отсутствием гибкости, фрагментацией и дублированием в системе оказания медицинской помощи, неэффективными методами финансирования и излишней инфраструктурой. Все это подрывало декларируемые на словах принципы всеобщей доступности и бесплатности. После получения независимости в Кыргызстане последовательно были разработаны две национальные программы реформирования здравоохранения: программа «Манас» (1996–2006) и программа «Манас Таалими» (2006–2010).

#### 6.1.1 Программа «Манас» (1996–2006)

В рамках этой программы были начаты комплексные структурные преобразования системы организации, финансирования и управления здравоохранением. Основными компонентами реформ являлись:

- структурные изменения системы предоставления медицинских услуг: усиление ПМСП, формирование института семейной медицины, реструктуризация больничной сети;
- введение новых методов финансирования здравоохранения, ориентированных на конечный результат;
- совершенствование медицинского образования и развитие кадровых ресурсов;
- улучшение обеспечения медикаментами;

- улучшение качества предоставляемой медицинской помощи;
- усиление общественного здравоохранения;
- введение новых методов управления в системе здравоохранения, направленных на предоставление большей автономии медицинским учреждениям.

В целях повышения эффективности здравоохранения и снижения затрат на дорогостоящую стационарную помощь были осуществлены следующие структурные преобразования системы предоставления медицинских услуг:

- законодательное разделение первичной и стационарной помощи. Повсеместно сформированы группы семейных врачей и центры семейной медицины. Организованы областные ЦСМ, координирующие деятельность первичного звена здравоохранения в каждой области. Проведены подготовка и переподготовка врачей и медицинских сестер по семейной медицине. Введен принцип свободного выбора группы семейных врачей, для чего проводилась приписка населения к ГСВ. Одновременно вводились новые методы подушевого финансирования первичного звена;
- в целях повышения экономической и физической доступности лекарственных средств для застрахованных граждан была введена программа дополнительного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении; признается, что трудно укреплять ПМСП без доступа к медикаментам при амбулаторном лечении;
- проводились мероприятия по укреплению материально-технической базы организаций здравоохранения первичного звена, включая ремонт, оснащение медицинским и лабораторным оборудованием;
- для повышения эффективности первичного звена и улучшения преемственности службы скорой помощи в 2004 г. отделения скорой медицинской помощи были переданы из стационаров в ЦСМ. По утрам на собраниях персонала дежурившие ночью отчитывались о полученных вызовах и результатах и передавали информацию о пациентах в ЦСМ для оказания последующей медицинской помощи;
- обширная больничная сеть была реструктуризирована и рационализирована. Специализированные учреждения были объединены, и созданы больницы общего профиля. Во всех областях были созданы областные объединенные больницы. Неэффективные маленькие стационары были трансформированы в структурные подразделения



- территориальных больниц или ЦСМ и ГСВ. В то же время многие стационарные учреждения были отремонтированы и модернизированы;
- в период 2000–2003 гг. 42% больничных зданий были закрыты с 35% сокращением общей площади. Проведены мероприятия по дальнейшему сокращению коммунальных платежей за счет улучшения планирования и использования энергосберегающих технологий.

Несмотря на сокращение доли финансирования здравоохранения в структуре ВВП с 4,0 % в 1991 г. до 1,9 % в 2002 г., в рамках программы «Манас» внедрялись фундаментальные изменения в систему финансирования здравоохранения. В 1997 г. с целью привлечения дополнительных источников финансирования в систему здравоохранения и усиления социальной защиты населения была введена система ОМС с созданием Фонда ОМС, что создало базу для:

- введения разделения функций покупателя и поставщика медицинских услуг и внедрения контрактной системы;
- дальнейшей разработки стратегии по сокращению фрагментации в аккумулировании средств;
- появления дополнительных источников финансирования здравоохранения;
- улучшения доступности медицинских услуг, особенно для социально уязвимых категорий населения (пенсионеров, детей, лиц, получающих социальные пособия);
- апробации и внедрения прогрессивных методов оплаты медицинских услуг;
- введения системы мониторинга, основанного на использовании показателей качества;
- введения механизмов защиты прав населения при получении медицинских услуг.

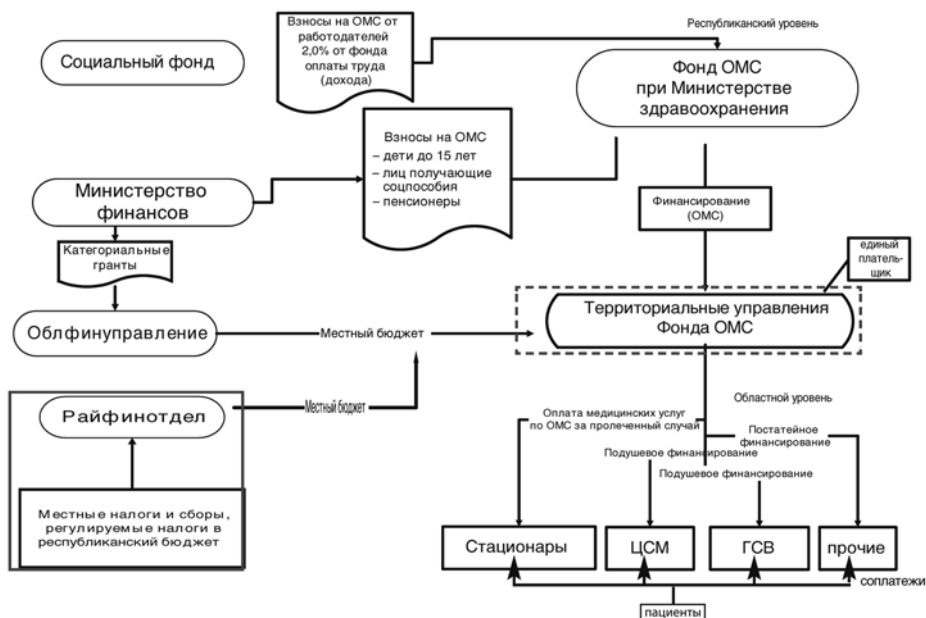
Доля средств ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения увеличилась с 0,8 % в 1997 г. до 19,6 % в 2004 г. ФОМС были разработаны и внедрены новые для республики прогрессивные методы финансирования – по пролеченному случаю в стационарах, по подушевому нормативу – в первичном звене. В 1999–2000 гг. с увеличением доли средств ОМС все в большей степени стало ощущаться противоречие между системой оплаты услуг, используемой в рамках ОМС (основанной на оплате по конечному результату или поду-

шевому принципу), и системой бюджетного постатейного финансирования (основанной на мощности и штатах учреждений). Назрела необходимость перехода к единым правилам оплаты медицинских услуг. Министерством здравоохранения было принято решение о переходе на единую систему оплаты поставщиков медицинских услуг.

В 2001–2004 гг. в рамках государственной системы здравоохранения была создана система единого плательщика для ПГГ в лице ФОМС и его территориальных управлений. Произошел переход от фрагментированной по уровням административного деления системы финансирования к аккумулированию средств местных бюджетов на областном уровне. С 2001 г., благодаря внесению поправок и дополнений в некоторые законы, средства местных бюджетов стали аккумулироваться на областном уровне. Отрабатывались механизмы объединения средств на здравоохранение – в виде нормативов отчислений на здравоохранение для каждого района, собирающего свои налоги (Чуйская, Ошская области), и за счет перераспределения доходов, остававшихся в распоряжении об-

**Рисунок 6.1**

**Аккумуляция средств здравоохранения в системе единого плательщика, 2000–2004 гг.**



Источник: Правительство Кыргызской Республики, 2006

ластных бюджетов от регулируемых налогов. При обоих механизмах объединения средств появилась возможность выравнивания финансирования здравоохранения между районами внутри отдельной области.

Наряду с переходом к прогрессивным методам финансирования в ходе реформы здравоохранения, не менее важную роль сыграло введение ПТГ и соплатежей населения, повлиявших как на спрос, так и на предложение. И, что не менее важно, эти нововведения создали дополнительные стимулы для повышения управленческой и финансовой самостоятельности медицинских учреждений. Соплатежи вводились с целью замены широко распространенных неформальных платежей (Катцин и др., 2002).

Введение программы дополнительного лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении было принято с широким общественным одобрением. Программа способствовала повышению спроса на услуги первичного звена, улучшению доступности качественных лекарственных средств и сокращению осложнений по ряду заболеваний, регулируемых на уровне первичного звена (Катцин и др. 2002). В целях обеспечения населения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами и рационального использования медикаментов была разработана и внедряется государственная лекарственная политика, включавшая в себя, в частности, перечень жизненно важных лекарственных средств.

Проведена качественная перестройка системы образования. Осуществлена реорганизация факультетов КГМА и пересмотр учебных программ в соответствии с доказательной медициной и проводимыми реформами в системе здравоохранения. Республиканский центр непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников преобразован в Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации для предоставления последипломного и непрерывного образования, включая программы по семейной медицине.

Для повышения качества медицинских услуг был проведен целый ряд мероприятий, в том числе внедрены новые механизмы стимулирования, произведено улучшение инфраструктуры учреждений, закуплено оборудование, улучшена доступность лекарственных средств, внедрены принципы доказательной медицины и новые методы обеспечения качества (например, аккредитация учреждений и оценка использования), а также повышение качества. Было разработано около 200 новых клинических протоколов, которые внедряются в настоящее время.

Разработана концепция управления качеством медицинских услуг, основанная на экспертизе медицинской документации, мониторинге и анализе индикаторов качества, исследованиях удовлетворенности пациентов и анализе информации, полученной по телефонам доверия, внедрении методов непрерывного управления качеством. По телефонам доверия население и медицинские работники обращаются за консультациями, с просьбами в оказании содействия в лечении, а также при нарушении их прав организациями здравоохранения. С целью мониторинга и улучшения деятельности системы здравоохранения информационные системы здравоохранения обеспечивают правительство, ФОМС, поставщиков медицинских услуг и пациентов клиническими, эпидемиологическими данными, данными по качеству услуг. Разработаны и внедрены стандарты аккредитации и лицензирования для организаций здравоохранения.

С 2001 г. началось реформирование службы формирования здорового образа жизни, из состава санитарно-эпидемиологической службы было выведено организационное подразделение и на его основе была создана самостоятельная структура. В службе формирования здорового образа жизни частично проведены структурные преобразования путем объединения и создания ряда учреждений и лабораторий. Улучшилось оснащение 20 лабораторий, которые определены как базовые лаборатории национального уровня, и ряда учреждений госсанэпидслужбы, что позволило значительно расширить номенклатуру физико-химических и микробиологических исследований (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Анализ и оценка программы «Манас» показали, что комплексные структурные реформы здравоохранения, более интенсивно проводимые с 2000 г., привели к повышению качества, прозрачности, доступности и отзывчивости системы здравоохранения к потребностям населения.

### **6.1.2 Программа реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» (2006–2010)**

В 2004 г. Министерство здравоохранения обратилось в ВОЗ с просьбой оказания технического содействия в разработке дальнейших стратегий реформирования. В декабре 2006 г. Министерство здравоохранения приступило к разработке новой программы реформирования здравоохранения, рассчитанной на 2006–2010 гг. и названной «Манас Таалими». Настоящая программа утверждена постановлением правительства «О национальной программе реформирования здравоохранения “Манас Таалими”» от 16 февраля 2006 г. Название программы в переводе с кыр-

гызского означает «Уроки Манаса». Она была направлена на закрепление результатов, достигнутых в рамках программы «Манас», при обеспечении более активного вовлечения населения в процесс. Основными принципами программы «Манас Таалими» являлись:

- преемственность с программой «Манас» и учет извлеченных уроков;
- комплексность и последовательность;
- ориентация на сокращение бедности и стирание различий между городом и селом в использовании медицинских услуг;
- прозрачность процесса принятия решений, а также участие общественности и органов, управления республиканского и регионального уровней в охране и укреплении здоровья;
- достижение баланса между государственными обязательствами и имеющимися средствами;
- применение межсекторального подхода к реформам здравоохранения.

Основной целью программы «Манас Таалими» являлось улучшение состояния здоровья населения путем создания отзывчивой, эффективной, комплексной, интегрированной системы здравоохранения и повышения ответственности населения, общества, органов государственной власти за состояние здоровья населения. В программе определены следующие задачи:

- достижение справедливости и доступности услуг здравоохранения;
- снижение финансового бремени для населения;
- повышение эффективности предоставления услуг здравоохранения;
- улучшение качества медицинских услуг;
- повышение отзывчивости и прозрачности системы здравоохранения.

Основные направления деятельности включали:

- закрепление и расширение реформ в области финансирования здравоохранения;
- повышение эффективности первичного звена, уделяя особое внимание усилению потенциала ФАП и скорой медицинской помощи;
- оптимизацию предоставления специализированной помощи и регулирование доступа к специализированным медицинским услугам, включая высокотехнологичные виды медицинской помощи;

- улучшение качества услуг здравоохранения путем внедрения механизмов эффективного внутриучрежденческого менеджмента, продвижения принципов доказательной медицины, рационального фармацевтического менеджмента, усиления лабораторной службы, управления внутрибольничными инфекциями и медицинскими отходами;
- ориентацию здравоохранения на достижение Целей развития тысячелетия, усиление роли общественного здравоохранения, формирование культуры здоровья с активным вовлечением общин, неправительственных организаций, СМИ, органов местного самоуправления;
- улучшение качества до- и последипломого образования и непрерывной подготовки путем повышения аккредитационных требований к учебным заведениям и программам, внедрение механизмов закрепления медицинских кадров, особенно в сельской местности.

План реформирования «Манас Таалими» состоял из четырех основных компонентов:

- участие населения и общин в охране и укреплении здоровья;
- финансирование здравоохранения;
- предоставление медицинских услуг:
  - медицинские услуги, оказываемые на индивидуальном уровне;
  - услуги общественного здравоохранения, оказываемые на популяционном уровне;
  - приоритетные программы;
  - содержание медицинской практики/доказательная медицина;
  - инвестирование в трудовые ресурсы;
- управление.

### **Участие населения и общин в охране и укреплении здоровья**

Целью первого компонента являлось формирование новых подходов работы с населением, основанных на переходе от пассивной передачи информации и знаний по охране и укреплению здоровья к партнерским взаимоотношениям, определение приоритетов, ориентированных на решение проблем как общества в целом, так и отдельных сообществ, групп населения, каждого человека (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Компонент включал разработку и реализацию мероприятий по обеспечению участия населения в процессе принятия решений, таких как поддержка организаций пациентов, разработка механизмов взаимодей-

ствия между сельскими комитетами здоровья и организациями здравоохранения, создание общественных консультативных комитетов, а также работа с ассоциациями социальной защиты, такими как ассоциации пенсионеров. Выработанная в рамках большой программы общинного развития, финансируемой Швейцарским агентством развития и сотрудничества, программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» (ДСВЗ) первоначально внедрялась только в Нарынской и Таласской областях. Программа «Действия сообществ по вопросам здоровья» была признана Министерством здравоохранения в качестве основного механизма долгосрочной мобилизации сообществ и формирования здорового образа жизни. ДСВЗ расширила возможности местных сообществ для решения своих первостепенных проблем в сфере здоровья и способствовала созданию сельских комитетов здоровья (СКЗ) по всей стране. Ключевыми партнерами в данном процессе являются Министерство здравоохранения, организации ПМСП и служба формирования здорового образа жизни. К 2011 г. создано 1312 СКЗ в 1254 селах страны. Таким образом, программа ДСВЗ охватывает 2,7 млн человек, проживающих в сельской местности, что составляет 96% всех сел в пилотных районах и более 60% сел в Кыргызстане. Данная программа признана Кыргызстаном и его партнерами по развитию одной из наиболее успешных.

## **Финансирование здравоохранения**

Цель компонента заключалась в разработке устойчивой, эффективной и интегрированной системы финансирования здравоохранения на основе увеличения объемов финансирования; обеспечении равномерного распределения ресурсов, сбалансированности государственных обязательств в рамках Программы государственных гарантий и других приоритетных программ, снижении финансового бремени для населения, особенно для бедных, улучшении доступности населения к услугам здравоохранения, эффективном и рациональном использовании ресурсов здравоохранения (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Основными задачами компонента являлись:

- Увеличение доли государственного финансирования здравоохранения и улучшение сбора средств на здравоохранение. Данная задача предполагала исполнение правительством Кыргызстана обязательств по увеличению государственного финансирования здравоохранения, исчисляемого в процентах от ВВП и от общих государственных рас-

ходов. Это соответствовало обязательствам, содержащимся в Комплексной программе развития, Национальной стратегии сокращения бедности и Среднесрочном прогнозе бюджета на 2006–2008 гг. Частично эта задача требовала улучшения механизмов формирования и исполнения бюджета. Участие органов местного самоуправления могло бы обеспечить дополнительное финансирование сектора.

- Совершенствование механизмов по объединению рисков и постепенное выравнивание финансирования между регионами. После фискальной децентрализации и изменений, произошедших в системе государственного финансирования, средства на здравоохранение перестали собираться на областном уровне и стали аккумулироваться на республиканском уровне. Это способствовало выравниванию финансирования между регионами за счет более тесной увязки ресурсов с результатами. На республиканском уровне были созданы два финансовых пула. Один – для финансирования медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном уровне и предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий. Этот пул управляется ФОМС. Второй – для финансирования услуг здравоохранения, оказываемых на популяционном уровне. Этот пул управляется Министерством здравоохранения.
- Совершенствование механизмов закупки медицинских услуг ФОМС и Министерством здравоохранения с целью улучшения эффективности, качества услуг и обеспечения прозрачности финансовых потоков. В рамках ПГГ ФОМС совершенствовал механизмы закупки путем усиления роли контрактов между ФОМС и поставщиками с целью вознаграждения эффективных поставщиков и оказания медицинских услуг высокого качества. Внедренные по программе «Манас» системы оплаты поставщиков медицинских услуг, в том числе ПМСП, амбулаторная специализированная помощь и стационарная помощь, постоянно совершенствовались. Кроме того, с целью обеспечения рациональной выписки и потребления лекарственных средств, а также снижения финансового бремени населения от приобретения медикаментов при амбулаторном лечении постоянно пересматривалась система возмещения, действующая в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения. Министерство здравоохранения несло ответственность за пересмотр и совершенствование механизмов закупки высокотехнологичных медицинских услуг, общественных услуг здравоохранения, а также механизмов централизованной закупки в рамках приоритетных программ. Кроме того, Министерство здравоохранения взяло на себя обеспечение целевых и сбалансированных капитальных



вложений и эффективное заключение контрактов, финансирование образования, исследовательской и научной деятельности. Выполнение этой задачи требовало значительного повышения потенциала, как покупателей, так и поставщиков в области заключения контрактов, управления и финансовой практики. Однако в рамках программы «Манас Таалими» это не было осуществлено. Предполагается включить в следующую национальную программу по здравоохранению мероприятия по повышению потенциала работников сектора по этому направлению.

- Пересмотр структуры государственных гарантий и системы соплатежей с целью снижения финансового бремени населения и повышения справедливости в финансировании. Предусмотренное повышение государственного финансирования и дополнительные средства доноров были направлены на снижение финансового бремени населения путем снижения уровней соплатежей и обеспечения бесплатного доступа для детей до пяти лет.
- Совершенствование медицинской информационной системы закупки медицинских услуг. Основываясь на существующих механизмах, Министерство здравоохранения и ФОМС совершенствовали физическую инфраструктуру информационных систем в здравоохранении, а также сами коммуникационные и информационные системы. Также базы данных по населению и приписке были интегрированы в единую базу, разработано, интегрировано и внедрено программное обеспечение для различных видов медицинских услуг. Некоторые мероприятия не были внедрены в полной мере, но их планируют заложить в следующую национальную программу по здравоохранению.

## **Предоставление услуг**

### **Медицинские услуги, оказываемые на индивидуальном уровне**

Цель этого подкомпонента состояла в дальнейшем совершенствовании предоставления медицинских услуг, включая доступность медицинской помощи высокого качества при ведущей роли первичного звена. Программа «Манас» фокусировалась на внедрении принципов семейной медицины и создании групп семейных врачей. Приоритеты развития первичного звена в программе «Манас Таалими» стали шире и включали в себя развитие ФАП и службы скорой медицинской помощи. Помимо этого, программа уделяла внимание повышению преемственности между первичным и вторичным уровнями оказания медицинской помощи и повышению качества третичной медицинской помощи. Всеобъем-

лющая стратегия «Манас Таалими» была призвана создать комплексную, интегрированную и эффективную сеть медицинских учреждений, которая физически и финансово была бы доступна для абсолютного большинства населения. Это потребовало проведения дополнительных мероприятий по оптимизации стационарной и специализированной помощи, особенно в городах, организации постоянного обеспечения недорогих лекарственных средств на первичном уровне, дополнительных инвестиций в медицинское и лабораторное оборудование, проведения мер по профилактике и контролю инфекционных заболеваний, а также по повышению качества помощи и удовлетворенности пациентов (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Основными задачами подкомпонента являлись:

- Дальнейшее развитие первичной медицинской помощи с особым акцентом на улучшении деятельности фельдшерско-акушерских пунктов, групп семейных врачей и службы скорой медицинской помощи. Одним из наиболее существенных достижений реформы здравоохранения является внедрение семейной медицины. «Манас Таалими» фокусировалась на дальнейшем укреплении услуг первичного звена. Основными были следующие мероприятия:
  - улучшение инфраструктуры первичного звена посредством закупки медицинского и лабораторного оборудования, компьютерной техники, проведения непрерывной подготовки врачей и медицинских сестер по семейной медицине;
  - усиление ФАП за счет улучшения их материально-технического оснащения, обеспечения медикаментами и предметами медицинского назначения, обеспечения средствами связи с более высокими уровнями оказания амбулаторной помощи и скорой помощи, повышения квалификации персонала, усиления экономических стимулов;
  - улучшение доступности первичной помощи для населения отдаленных районов посредством определения мест, где отсутствуют ФАП, и открытие в координации с местными органами власти новых ФАП;
  - пересмотр территориального расположения станций и отделений скорой помощи с целью обеспечения доступа к услугам скорой и специализированной помощи;
  - повышение качества скорой медицинской помощи посредством обучения персонала, разработки и внедрения клинических протоколов, усиления взаимодействия с врачами ГСВ и другими меди-

- цинскими учреждениями, улучшения материально-технической базы (автотранспорт, средства связи, медицинское оборудование);
  - определение механизмов обеспечения доступа сельского населения к медикаментам в местностях, где отсутствуют аптеки (основываясь на выполняемых в настоящее время проектах);
  - повышение эффективности работы по формированию здорового образа жизни за счет более тесного взаимодействия с персоналом ГСВ/ФАП.
- Оптимизация деятельности ЦСМ, амбулаторных диагностических отделений больниц и медицинских учреждений, оказывающих специализированную помощь в амбулаторных условиях. Дублирование специалистов в ЦСМ и амбулаторных диагностических отделениях больниц, недостаточное оснащение медицинским и лабораторным оборудованием ЦСМ и избыточность специалистов в стационарах негативно сказывались на эффективности и качестве амбулаторной помощи. В рамках программы «Манас Таалими» планировалось оптимизировать численность узких специалистов на основе учета потребностей населения и необходимости использования различных подходов для городских и сельских поселений. С введением новых технологий ЦСМ смогли бы более чутко реагировать на потребности населения и сокращать затраты на стационарное лечение. Оснащение медицинским и лабораторным оборудованием и обучение специалистов ЦСМ и лабораторий должны были способствовать улучшению качества амбулаторной помощи. В целях повышения доступности специализированной помощи, в особенности для социально уязвимых и целевых групп населения, в рамках выполнения ПГТ предусматривалось улучшение стоматологической помощи – наиболее потребляемого вида специализированной помощи. Однако не все мероприятия были реализованы в полной мере, и их планируют включить в следующую национальную программу по здравоохранению.
  - Дальнейшая реструктуризация и оптимизация стационарной помощи, направленная на формирование сети больниц, гибко реагирующих на потребности населения. В рамках программы «Манас Таалими» планировалось проведение дальнейшей реструктуризации стационарной помощи, уделяя особое внимание стационарам, расположенным в городах Бишкек и Ош. Реорганизация неэффективных структурных подразделений сельских больниц в учреждения ПМСП с обеспечением их машинами скорой помощи и средствами коммуникации улучшила доступ к качественным услугам для населения, проживающего в отдаленных

ленных и горных местностях. Для отдельных больниц в отдаленных районах, которые были бы убыточны при внедрении новых методов оплаты, были разработаны новые механизмы оплаты, и эти больницы были сохранены для обеспечения доступности стационарной помощи для жителей этих территорий. Не все мероприятия были внедрены в полной мере, и их планируют включить в следующую национальную программу по здравоохранению.

- Оптимизация деятельности медицинских учреждений третичного уровня, направленная на улучшение доступности высокоспециализированных и дорогостоящих видов медицинской помощи. Улучшение доступности третичной помощи предполагалось достичь путем повышения эффективности системы направлений. Предполагалось повысить роль учреждений третичного уровня в руководстве и координации в вопросах качества медицинской помощи, оказываемой на первичном и вторичном уровнях. Особое внимание уделялось расширению их возможностей в оказании консультативно-методической помощи и проведении обучающих курсов, организации выездных бригад, а также оказанию медицинской помощи населению по месту жительства. Не все мероприятия были внедрены в полной мере, и их планируют включить в следующую национальную программу по здравоохранению.
- Совершенствование управления организаций, получивших большую управленческую и финансовую автономию, направленное на повышение эффективности их деятельности и качества оказываемых медицинских услуг. Усиление потенциала и обучение по программам управления здравоохранением позволило этим учреждениям адаптироваться к новым механизмам договоров и финансовым стимулам, разрабатывать стратегические планы и оптимизировать работу своих организаций с учетом потребностей населения и санитарно-эпидемиологической ситуации. Проводились мероприятия по повышению информированности населения о работе организаций здравоохранения.
- Создание эффективных механизмов интеграции и взаимодействия медицинских учреждений в целях обеспечения преемственности медицинской помощи и обеспечения обратной связи. Планировалось пересмотреть систему направлений с целью усиления взаимодействия между организациями здравоохранения и обеспечения механизмов преемственности и обратной связи между медицинскими учреждениями. Особый акцент был сделан на работу скорой помощи, включая оснащение службы скорой помощи средствами связи, сани-

тарным автотранспортом, необходимыми лекарственными средствами, препаратами крови, изделиями медицинского назначения.

- Улучшение физической инфраструктуры и обеспечение современными видами медицинского и лабораторного оборудования медицинских учреждений, оказывающих услуги на индивидуальном уровне. В рамках программы «Манас Таалими» планировалось дальнейшее улучшение материально-технической базы организаций здравоохранения: ремонт зданий и помещений, проведение энергосберегающих мероприятий, оснащение медицинским и лабораторным оборудованием. Однако некоторые мероприятия не были реализованы в полной мере, и планируется продолжить работу в этом направлении в рамках следующей национальной программы по здравоохранению.
- Улучшение качества медицинских услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения на всех уровнях оказания помощи. Улучшение качества медицинской помощи, оказываемой на всех уровнях ее оказания, рассматривалось программой «Манас Таалими» в качестве важнейшего направления реформирования здравоохранения. Программой предусматривались мероприятия по повышению потенциала персонала всех медицинских учреждений. Предусматривалось усиление роли медицинских сестер в области управления стационарами, сестринского ухода и управления потоками пациентов. Кроме того, программа «Манас Таалими» предусматривала мероприятия по внедрению системы непрерывного улучшения качества и улучшению фармацевтического менеджмента, включая разработку и внедрение стратегии рационального использования антибиотиков и клинической фармакологии. Помимо перечисленных выше направлений программа уделяла внимание и таким направлениям улучшения качества медицинской помощи, как внедрение программ контроля за внутрибольничными инфекциями и эффективных технологий утилизации медицинских отходов. Не все мероприятия были внедрены в полной мере, и их планируют включить в следующую национальную программу по здравоохранению.

### **Услуги общественного здравоохранения, оказываемые на популяционном уровне**

Целью подкомпонента являлось создание устойчивой службы общественного здравоохранения, ориентированной на потребности населения, основанной на интеграции программ формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, широком межсекторальном взаи-

модействии и активном участии общества в вопросах охраны и укрепления здоровья. Усиление и модернизация службы общественного здравоохранения рассматривались в качестве важнейшей составляющей дальнейшего реформирования здравоохранения (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Основными задачами подкомпонента являлись:

- Повышение эффективности санитарно-эпидемиологического надзора, деятельности по формированию здорового образа жизни и государственного регулирования путем формирования устойчивой интегрированной службы общественного здравоохранения. На первом этапе было уточнено само понимание основных функций системы общественного здравоохранения. Вслед за этим последовала структурная реорганизация служб общественного здравоохранения в области формирования здорового образа жизни, контроля заболеваний и государственного регулирования. Мероприятия по повышению потенциала считались ключевыми для улучшения деятельности служб общественного здравоохранения. Другой сложной задачей была интеграция мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний в первичное звено, а также участие сообществ и всего населения в этих мероприятиях.
- Создание новой нормативной базы, регулирующей деятельность службы общественного здравоохранения. Была пересмотрена нормативная база службы общественного здравоохранения, и формировалось правовое поле для создания благоприятных условий соблюдения санитарного законодательства, гармонизированного с международными стандартами и требованиями.
- Дальнейшее расширение и развитие межсекторального сотрудничества и повышение прозрачности деятельности. Повышение эффективности деятельности по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний требует усиления межсекторального сотрудничества по приоритетным направлениям, обеспечения большей прозрачности и усиления навыков граждан и общества в области защиты и укрепления здоровья, формирования культуры здоровья.
- Переориентация деятельности службы общественного здравоохранения на приоритеты здравоохранения. Мероприятия по совершенствованию системы установления приоритетов и усилению координации деятельности, предусмотренные в программе «Манас Таалими», были нацелены на изменение поведенческих стереотипов населения, переориентацию системы здравоохранения на удовлетворение спе-

цифических потребностей населения отдельных территорий, на снижение производственных, экологических и социальных рисков. Данный вид деятельности потребовал усиления контроля за инфекционными и паразитарными заболеваниями, внедрения Европейского плана действий по окружающей среде и здоровью детей; проведения мероприятий по профилактике дефицита питательных микроэлементов и усиления мер радиационной безопасности.

### **Содержание медицинской практики/доказательная медицина**

Подкомпонент был сформирован с целью повышения качества медицинской помощи, предоставляемой на всех уровнях системы здравоохранения, путем внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения и образовательный процесс. Внедрение принципов доказательной медицины в практику врачей и организаторов здравоохранения улучшает клиническую практику и может способствовать более эффективному использованию ограниченных ресурсов здравоохранения. Начиная с 2000 г. в Кыргызстане внедряются принципы доказательной медицины. Первые клинические протоколы были разработаны для первичного звена. В 2001 г. при Министерстве здравоохранения был создан Координационный совет по разработке и внедрению клинических протоколов, в состав которого входят ключевые специалисты организаций здравоохранения, Фонда ОМС, ГУКВ, ДЛЮиМТ, ДГСЭН, а также медицинских образовательных учреждений. В целях продвижения принципов доказательной медицины, распространения литературы и оказания поддержки в разработке и рецензировании клинических руководств в Центре развития здравоохранения был создан отдел доказательной медицины. Кроме того, в целях обеспечения профессионального роста и саморегулирования в разработку клинических руководств также были вовлечены профессиональные ассоциации. Мониторинг внедрения клинических протоколов в клиническую практику был важнейшим направлением работы, мероприятия программы «Манас Таалими» базировались на выполненной работе.

Основными задачами подкомпонента являлись:

- Институционализация и дальнейшее продвижение принципов доказательной медицины с целью повышения качества помощи. Разработка клинических протоколов и руководств очень трудоемкий процесс, требующий доступа к современной медицинской литературе и новейшим данным научных исследований. Для оказания содействия развитию медицинской практики, основанной на строго

доказанных научных фактах, создан Центр доказательной медицины, который обеспечит лучший доступ к необходимым ресурсам практических врачей, студентов, ключевых специалистов, участвующих в разработке клинических протоколов и руководств. Для этого центр должен предпринять следующие шаги:

- усиление потенциала для развития доказательной медицины (подготовка специалистов, включая работников Центра доказательной медицины, по вопросам доказательной медицины, создание ассоциации специалистов по доказательной медицине);
  - создание и поддержка базы данных по доказательной медицине, распространение информации среди заинтересованных лиц и обеспечение информационной поддержкой специалистов, разрабатывающих клинические руководства/протоколы, а также проведение научно-медицинских исследований;
  - расширение международного сотрудничества с другими центрами и ассоциациями.
- Дальнейшее продвижение доказательной медицины в практику здравоохранения и образовательный процесс. Разработка и обновление клинических протоколов и руководств, внедрение их в клиническую практику – это постоянный процесс, в который вовлечены многие специалисты. В программе «Манас Таалими» предполагалось делегирование разработки клинических протоколов профессиональным медицинским ассоциациям, научным центрам, научно-исследовательским институтам и республиканским организациям. Планировалось, что Министерство здравоохранения будет координировать процесс и руководить процессом внедрения клинических протоколов. Программа «Манас Таалими» также предусматривала включение клинических протоколов в программу последипломного и непрерывного медицинского образования и внедрение системы мониторинга эффективности применения клинических протоколов и руководств. Однако в рамках программы «Манас Таалими» не все мероприятия были внедрены в полной мере, и их планируют включить в следующую национальную программу по здравоохранению.

### **Приоритетные программы**

Целью данного подкомпонента являлось повышение эффективности предоставления медицинских услуг, оказываемых на индивидуальном и популяционном уровнях, в рамках приоритетных программ (таких как охрана материнства и детства, борьба с туберкулезом и профилактика



респираторных заболеваний, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений, профилактика ВИЧ/СПИД). Мероприятия данного подкомпонента были направлены на снижение заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности, а также на достижение Целей развития тысячелетия в области охраны здоровья. Эти программы были приняты в качестве приоритетных на основе анализа текущей эпидемиологической ситуации, медико-демографических показателей, а также государственных обязательств по достижению Целей развития тысячелетия. «Манас Таалими» была нацелена на обеспечение устойчивости вертикальных программ путем их интеграции в общую систему предоставления услуг. Это позволило не только оптимизировать структуру предоставления услуг здравоохранения, но и целенаправленно внедрять вмешательства, необходимые для достижения Целей развития тысячелетия с максимальным использованием ресурсов здравоохранения.

Основными задачами подкомпонента являлись:

- Снижение материнской и детской смертности за счет более широкого использования принципов доказательной медицины. Программа «Манас Таалими» предусматривает расширение круга услуг, предоставляемых беременным, роженицам и детям в возрасте до 5 лет. Большая часть вмешательств, способных снизить материнскую и детскую смертность, могут быть предприняты на уровне первичного звена или служб общественного здравоохранения. Эти вмешательства включали поддержку профилактического направления на первичном уровне и повышение квалификации работников первичного звена по вопросам планирования семьи, ведению беременных, своевременному распознаванию осложнений и необходимых направлений на специализированную помощь. На вторичном уровне мероприятия включали в себя совершенствование системы ведения родов и улучшение работы скорой помощи. На третичном уровне специалисты были вовлечены в улучшение помощи. Повышение доступности достигалось за счет освобождения от соплатежей и бесплатного предоставления антенатальных услуг для беременных женщин. Кроме того, в рамках программы «Манас Таалими» предусматривалось расширение программ иммунизации и обеспечения питательными микроэлементами. При этом проводилась целенаправленная работа по повышению информированности населения, вовлечению семьи и общества в решение вопросов охраны здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья, планирования семьи.

- Снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза и респираторных заболеваний путем эффективного внедрения стратегий ВОЗ. DOTS и стратегия Практического подхода к здоровью легких (PAL) направлены на лучшее выявление случаев туберкулеза, профилактику острых респираторных и хронических болезней легких. Стратегия Практического подхода к здоровью легких ВОЗ (PAL) была внедрена по всей территории республики. Целью этих мероприятий была интеграция туберкулезных и пульмонологических услуг в общую систему предоставления медицинских услуг. Стратегия PAL ориентирована на стандартизацию методов лечения, повышение качества медицинских услуг, усиление профилактической работы среди населения. Как в случае и с другими приоритетными программами, предполагалось, что учреждения первичного звена должны играть основную роль в профилактике и лечении респираторных заболеваний и туберкулеза. Программа «Манас Таалими» предусматривала модернизацию управления и координации деятельности в сфере контроля за респираторными заболеваниями и туберкулезом и расширение использования научно обоснованных подходов, включая вакцинацию и ревакцинацию против туберкулеза. В программе в целях улучшения выявляемости предусмотрены мероприятия по улучшению координации и развитию бактериологической службы, повышению качества микроскопических исследований. Поскольку основным источником туберкулезной инфекции, включая его мультирезистентные формы, является пенитенциарная система, то в рамках программы «Манас Таалими» планировалось расширить охват DOTS и внедрить DOTS во всех тюрьмах, обеспечивая необходимую инфраструктуру и оборудование, и разработать механизмы реабилитации для больных туберкулезом до их освобождения из мест заключения.
- Профилактика и улучшение лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности среди взрослых в Кыргызской Республике, в наибольшей степени среди мужчин работоспособного возраста. Учитывая важность этого вопроса, программа «Манас Таалими» предусматривала два основных подхода. На популяционном уровне предусматривались профилактические мероприятия при активном участии населения, сообществ, местных властей и неправительственных организаций. На уровне оказания медицинских услуг программа предусматривала мероприятия по обучению медицинских работников эффективным методам профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

- Ограничение распространения ВИЧ/СПИД, заболеваний, передаваемых половым путем, и наркомании. В целях снижения распространения ВИЧ/СПИД и заболеваний, передаваемых половым путем, в рамках программы «Манас Таалими» предусматривался ряд стратегий, включая проведение целенаправленных мероприятий среди групп повышенного риска, в пенитенциарных учреждениях, внедрение эффективных мероприятий по безопасности медицинских процедур, проведение информационных кампаний по профилактике и изменению сексуального поведения, а также внедрение современных эффективных вмешательств по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребенку.

### **Инвестирование в трудовые ресурсы**

Целью подкомпонента являлось совершенствование кадровой политики здравоохранения на основе стратегического планирования, улучшения системы медицинского образования, внедрения устойчивых и эффективных механизмов управления кадрами здравоохранения.

Основными задачами подкомпонента являлись:

- Совершенствование управления трудовыми ресурсами на основе стратегического планирования, предусматривающее проведение следующих мероприятий:
  - пересмотр ролей, функциональных обязанностей и требований для кадров здравоохранения;
  - пересмотр параметров планирования кадров, стандартов и рекомендаций;
  - техническая поддержка, обновление и расширение базы данных Министерства здравоохранения по кадрам и ее объединение с базами данных по непрерывному медицинскому образованию, приписке пациентов и клинической деятельности, направленное на совершенствование кадрового планирования и планирования результативности деятельности;
  - обновление планируемых требований к кадрам на первичном, вторичном и третичном уровнях на основе утвержденных стандартов рабочей нагрузки;
  - разработка методологии расчета потребности в кадровых ресурсах и системы отчетности для планирования и обеспечения кадрами здравоохранения,
  - создание устойчивой системы стимулов.

- Реформирование системы до- и последипломного образования. В рамках программы «Манас Таалими» мероприятия в этом направлении включали:
  - пересмотр процедур приема;
  - внедрение международных стандартов в медицинское образование;
  - пересмотр и аккредитация существующих учебных планов и разработка новых программ до- и последипломного обучения;
  - внедрение новых механизмов повышения квалификации преподавательского состава;
  - совершенствование подготовки выпускников медицинских вузов путем предоставления права приобретения практических навыков в медицинских учреждениях страны;
  - усиление программ ординатуры.
- Совершенствование системы непрерывного медицинского образования. Мероприятия включали:
  - укрепление существующей системы переподготовки персонала ПМСП и применение ее на всей территории страны;
  - разработку и внедрение программы непрерывного медицинского образования для персонала вторичного уровня, занятого в приоритетных службах здравоохранения;
  - разработку и внедрение программы непрерывного медицинского образования для работников общественного здравоохранения.
- Внедрение устойчивой и эффективной нормативной базы, регулирующей деятельность в области управления кадрами в секторе здравоохранения. Мероприятия этого направления включают: создание и внедрение аттестации и лицензирования медицинских работников, пересмотр системы обучения для менеджеров здравоохранения и медсестер с высшим образованием.

## Управление

Цель компонента заключалась в усилении стратегии развития здравоохранения и управления отраслью, направленных на улучшение состояния здоровья населения и совершенствование деятельности системы здравоохранения. Данный компонент был направлен на внедрение качественно нового подхода к формированию стратегии развития здравоохранения, новых методов управления отраслью, на повышение управленческого потенциала как самого Министерства здравоохранения, так и системы здравоохранения в целом с целью достижения поставленных перед сектором

целей и задач. Управлению в Кыргызстане отводится особое место в связи с возрастающими ожиданиями населения и ограниченностью ресурсов. Управление влияет на реализацию всех функций системы здравоохранения и включает разработку стратегий развития отрасли с установлением четких целей и задач, координацию и мониторинг деятельности всех субъектов системы здравоохранения (включая международные донорские организации), мониторинг и регулирование субъектов здравоохранения. Мероприятия в рамках этого компонента были разработаны в целях продолжения процесса перехода от командно-административной системы управления к управлению, основанному на развитии партнерских взаимоотношений, предполагающему четкое разделение функций участников системы, нацеленному на достижение определенных результатов, предусматривающему принятие решений на базе доказательств и создающему атмосферу открытости и отзывчивости (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Основными задачами компонента являлись:

- Формирование стратегий развития здравоохранения, основанных на четком видении, преемственности, надежной законодательной базе, тесном межсекторальном взаимодействии и эффективной координации доноров. В программе «Манас Таалими» было поставлено несколько задач по совершенствованию процесса принятия решений в секторе здравоохранения. Министерство здравоохранения является ведущим ведомством в формировании отраслевой политики, однако другие министерства и ведомства могут серьезно повлиять на проведение реформ и их последствия. Важной задачей являлось четкое разделение функций Министерства здравоохранения и других ведомств. В рамках этого направления планировались следующие мероприятия:
  - министерство здравоохранения продолжило играть ведущую роль в разработке отраслевой политики с активным участием заинтересованных сторон, основываясь на использовании доказательств и информации, поступающей от населения и медицинских учреждений;
  - изменения организационной структуры и роли Министерства здравоохранения осуществлялись в соответствии с новыми функциональными характеристиками и задачами, определенными в программе «Манас Таалими»;
  - были четко определены соответствующие роли и функции центральных органов государственного управления и органов местно-

- го самоуправления с учетом административной реформы и изменений бюджетного процесса;
- были определены те функции Министерства здравоохранения, которые можно делегировать другим организациям, включая профессиональные ассоциации;
  - министерство здравоохранения разрабатывает механизмы защиты системы здравоохранения от политических и экономических рисков путем отстаивания на высшем государственном уровне принятой стратегии развития отрасли;
  - большее внимание уделялось продвижению выработанной стратегии и запланированных реформ в здравоохранении не только на правительственном уровне, но и на уровне медицинских учреждений, неправительственных организаций и сообществ;
  - велась работа над повышением эффективности межсекторального взаимодействия и ответственности органов государственного управления за факторы риска, связанные с состоянием окружающей среды, включая результаты воздействия на окружающую среду таких отраслей экономики, как сельское хозяйство и промышленность;
  - проводилась синхронизация и гармонизация законодательства в сфере здравоохранения, направленные на сокращение дублирования, снятие противоречий в законодательных актах и обеспечение единообразия в тех областях законодательства, где очень важны межсекторальные усилия (например, общественное здравоохранение, финансирование здравоохранения);
  - в рамках широкосекторального подхода (SWAp) Министерство здравоохранения осуществляло ведущую роль координации донорской помощи и направления ее на приоритетные направления развития здравоохранения.
- Переход на новые методы управления, основанные на новых функциональных характеристиках и эффективных механизмах регулирования. Взаимоотношения между Министерством здравоохранения и медицинскими учреждениями претерпевают существенные структурные и правовые изменения, связанные с повышением управленческой и финансовой автономии последних. Это потребовало развития новых форм взаимодействия, планирования, управления и отчетности с обеих сторон. В связи с этим были усилены применяемые Министерством здравоохранения механизмы регулирования, введены единые процедуры назначения и отстранения от должности руководителей сотрудников, усилен потенциал поставщиков в области

управления администрирования и финансирования здравоохранения.

- Дальнейшая институционализация реформ здравоохранения. В первые 10 лет проведения реформ здравоохранения были осуществлены многие важные институциональные перемены. В рамках программы «Манас Таалими» планируется продолжение институциональных преобразований по следующим направлениям:
  - повышение роли Министерства здравоохранения в формировании государственной политики в области охраны здоровья, в определении стратегических направлений дальнейшего развития, механизмов взаимодействия государственного и частного секторов здравоохранения посредством мероприятий, проводимых на национальном и региональном уровнях;
  - четкое разделение функций и компетенций государственных органов управления различных уровней;
  - исключение конфликта интересов, связанного с сосредоточением политических, регуляторных и контрольных функций;
  - дальнейшая реструктуризация и оптимизация системы предоставления медицинских услуг с акцентом на дальнейшее развитие первичного звена и создание гибкой сети стационаров;
  - реорганизация системы предоставления услуг общественного здравоохранения проводится на основе разделения функций надзора, формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний и предоставления услуг;
  - реструктуризация специализированных медицинских учреждений с их постепенной интеграцией в общую систему предоставления услуг здравоохранения;
  - развитие партнерских взаимоотношений с гражданским обществом.
- Совершенствование процесса сбора информации, мониторинга и оценки, направленное на создание базы для принятия эффективных и адекватных решений. В Кыргызстане создана достаточно хорошая информационная база, используемая в процессе разработки стратегии развития здравоохранения. Используя эти возможности, Министерство здравоохранения взяло на себя ответственность за проведение мониторинга реализации программы «Манас Таалими». Совершенствование системы мониторинга и оценки потребовало улучшения систем информационного обеспечения, включая усиление связи между собираемой информацией и принятием стратегических решений, определение общих сфер различных систем монито-

ринга, совершенствование информационных технологий. В этих целях планировалось внедрение системы корпоративного управления, использующей единую для всего сектора здравоохранения коммуникационную инфраструктуру. На технологическом уровне были разработаны программные продукты, были введены нормативно-справочные идентификаторы, программное обеспечение было стандартизировано и интегрировано.

### **Среднесрочный обзор**

В майском среднесрочном обзоре 2008 г. отмечается большой прогресс, достигнутый в реализации программы «Манас Таалими» (Министерство здравоохранения, 2008). Реализация этой программы стала частью рутинной работы Министерства здравоохранения и ФОМС, что привело к приверженности и полному вовлечению сотрудников на всех уровнях. Работа по всем компонентам продвигалась согласно графику, был проведен значительный объем технической работы. В начале 2008 г. с целью предоставления информации для среднесрочного обзора была проведена оценка влияния реализации программы на основные показатели деятельности системы здравоохранения, включая основные показатели состояния здоровья населения и финансирования отрасли (см. раздел 7).

Вкратце, к основным достижениями программы «Манас Таалими» было отнесено (Министерство здравоохранения, 2008):

- снижение финансового бремени пациентов;
- сокращение доли пациентов, осуществляющих неформальные платежи;
- улучшение регионального распределения расходов по ПГГ и программе дополнительного лекарственного обеспечения;
- улучшение финансовой и физической доступности медицинских услуг;
- повышение использования ПМСП и больничной помощи;
- повышение доступности медикаментов, входящих в программу дополнительного лекарственного обеспечения, для сельских жителей;
- увеличение доли ПМСП в рамках ПГГ.

## **6.2 Перспективы развития**

Реформы здравоохранения в Кыргызстане предполагают, что каждый компонент реформ должен проходить три стадии реализации. На пер-



вую стадию, стадию инициирования, потребовалось больше всего времени. Необходимо было вести политический диалог и отстаивать позиции, информировать заинтересованные стороны, составлять планы, разрабатывать методологию и начинать реализацию. Вторая стадия, стадия закрепления, требует разработки системы оценки результатов реализации, совершенствования методологии и операционных процессов, оптимизации внедрения на основе опыта и анализа, повышения потенциала и начала институционализации реформы. Третья стадия, стадия устойчивости, необходима для обеспечения учета результатов мониторинга в процессе реализации и институционализации самого процесса реформ на устойчивой и долгосрочной основе.

Компоненты программы «Манас Таалими» в настоящее время находятся на следующих стадиях:

- участие населения и сообществ – стадия инициирования;
- финансирование здравоохранения – стадия закрепления;
- медицинские услуги, оказываемые на индивидуальном уровне, – стадия закрепления для ПМСП и стадия инициирования для стационарных услуг;
- услуги общественного здравоохранения – стадия инициирования;
- приоритетные программы – стадия инициирования или закрепления;
- содержание медицинской практики – стадия инициирования;
- трудовые ресурсы и медицинское образование – стадия инициирования;
- управление – стадия инициирования или закрепления.

Как только завершится программа реформирования «Манас Таалими», потребуются дополнительные инвестиции для того, чтобы продвинуть отдельные компоненты со стадии инициирования на стадию закрепления, а другие – со стадии закрепления на стадию устойчивости. Это будет особенно важно по таким компонентам реформ, как медицинское образование, общественное здравоохранение, содержание медицинской практики, медицинские услуги, предоставляемые на индивидуальном уровне, и приоритетные программы. Достигнутые на сегодняшний день результаты свидетельствуют, что реформы финансирования здравоохранения работают, но для обеспечения устойчивости в долгосрочной перспективе требуют дальнейшей институционализации. (Министерство здравоохранения, 2008).

В настоящее время Министерством здравоохранения и при техническом содействии Европейского регионального бюро ВОЗ разрабатыва-

ется следующая стадия реформирования здравоохранения на период 2012–2016 гг. Предварительно можно сказать, что следующая программа реформирования будет продолжением программы «Манас Таалими» и направлена на повышения качества медицинской помощи с целью улучшения состояния здоровья населения.

## 7. Оценка системы здравоохранения

**В** Кыргызстане разработана сильная система мониторинга и оценки прогресса в области реформирования здравоохранения. Мониторинг нацелен на оценку процесса реализации реформ и на оценку уровня достижения поставленных в программе «Манас Таалими» целей и базируется на сборе данных показателей процесса и результатов. Показатели охватывают следующие аспекты (Министерство здравоохранения, 2008):

- состояние здоровья населения;
- равенство и доступность медицинских услуг;
- финансовая защита;
- эффективность предоставления медицинских услуг;
- качество медицинских услуг;
- отзывчивость и прозрачность системы здравоохранения.

Наиболее важные индикаторы, характеризующие процесс и результаты и названные индикаторами «панели управления», помогают официальным лицам, определяющим политику, оценивать общий уровень развития системы здравоохранения и принимать соответствующие решения в сфере стратегии развития здравоохранения.

Индикаторы основаны на статистических данных, которые собирает Республиканский медицинский информационный центр. Индикаторы по финансированию здравоохранения берутся из существующих баз данных и финансовой отчетности ФОМС и Министерства здравоохранения, включая данные по внешней финансовой помощи. Анализ и оценка показателей проводятся Центром развития системы здравоохранения, в который входит Отдел анализа политики здравоохранения. Годовые отчеты предоставляются в Минздрав, правительство, парла-

мент, а также внешним агентствам по развитию (Правительство Кыргызской Республики, 2006).

Для оценки влияния реформ здравоохранения на здоровье населения проводятся исследования, большинство из которых являются частью обследований домохозяйств, проводимые Национальным комитетом по статистике каждые два года. Дважды в год Министерство здравоохранения собирает саммиты здравоохранения. На саммитах обсуждаются дальнейшие шаги реализации программы «Манас Таалими» (Министерство здравоохранения, 2008).

## 7.1 Финансовая защита

Финансовая защита является ключевой задачей программы «Манас Таалими»; она непосредственно связана с сокращением бедности. Улучшение финансовой защищенности населения при оказании стационарной помощи началось в рамках программы «Манас» с внедрением системы единого плательщика при финансировании ПГГ и сокращением больничной инфраструктуры. Эти реформы ограничили в пилотных областях финансовое бремя пациентов при получении стационарной помощи. Однако в начале 2000-х гг. расходы пациентов на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении резко возросли, подорвав достижения реформ по внедрению системы единого плательщика. В результате в 2004 г. частные расходы граждан на здравоохранение все еще оставались на высоком уровне. Чтобы решить эту проблему, программа «Манас Таалими» в качестве одного из приоритетов выделила сокращение финансового бремени пациентов. Достижение этой цели предусматривалось путем увеличения государственного финансирования, направляемого на снижение соплатежей для определенных групп населения, более справедливое региональное распределение средств, выделяемых на финансирование ПГГ и программы дополнительного лекарственного обеспечения, а также на предоставление услуг в отдаленных и труднодоступных районах.

Для оценки влияния программы «Манас Таалими» на уровень финансовой защищенности населения были установлены три показателя:

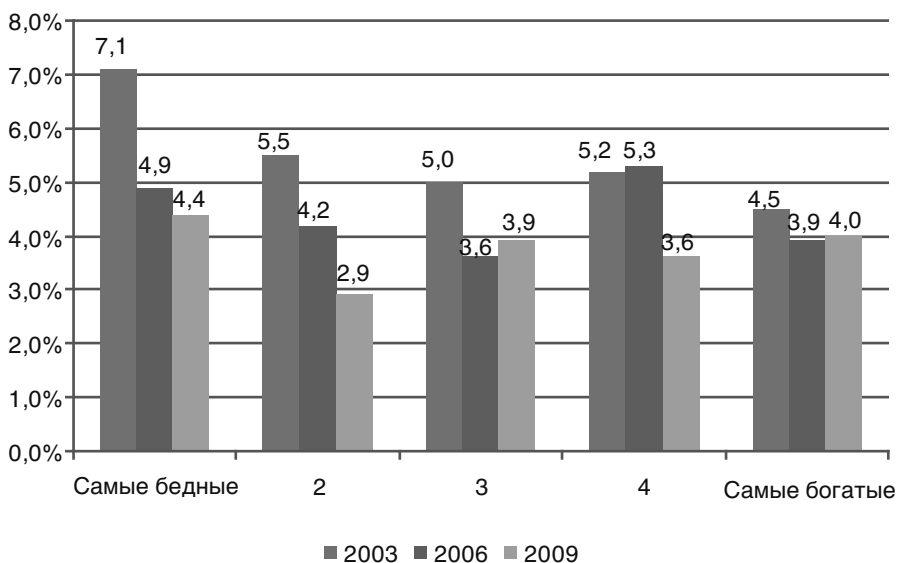
- доля расходов домохозяйств двух самых бедных квинтильных групп на здравоохранение в общих расходах домохозяйств этих групп;

- уровень соплатежей относительно официальной средней зарплаты;
- региональные отклонения подушевых расходов по программе дополнительного лекарственного обеспечения по отношению к среднему показателю по программе в целом.

Все три показателя указывают на значительные улучшения финансовой защиты, снижение финансового бремени пациентов и более равномерное распределение средств по областям. В период 2003–2009 гг. значительно снизилось финансовое бремя для самых бедных 40% населения. Частные расходы граждан на здравоохранение включают все расходы домохозяйств на эти цели, в том числе оплату амбулаторных посещений, расходы на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении, осуществляемые соплатежи за госпитализацию, официальную оплату лабораторных анализов и диагностики, а также неформальные платежи поставщикам за медикаменты, предметы медицинского назначения и услуги. В 2003 г. частные расходы граждан были достаточно регрессивны: самая бедная квинтильная группа тратила на здравоохранение 7,1% своих общих расходов, в то время как в самой богатой квинтильной группой этот показатель составлял 4,5% (рис. 7.1). За пе-

**Рисунок 7.1**

**Доля расходов на здравоохранение в общих расходах домохозяйств, в процентах, 2003, 2006 и 2009 гг.**



риод 2003–2009 гг. распределение частных расходов граждан на здравоохранение стало более равномерным. В первом квинтиле (самой бедной группе) доля расходов на здравоохранение сократилась с 7,1 до 4,4%, во втором квинтиле наблюдалось значительно большее сокращение – с 5,5 до 2,9%.

Намеченный на 2010 г. показатель для обеих групп на уровне 5%, по-видимому, может быть достигнут, если государственное финансирование будет продолжать увеличиваться. Снижение доли расходов беднейших групп населения на здравоохранение может происходить в силу снижения уровня потребления медицинской и медикаментозной помощи. Однако снижение уровня потребления помощи беднейшими слоями населения не происходило, и в реальности потребление даже возросло. Программа «Манас Таалими» принесла значительную пользу двум самым бедным квинтильным группам населения, создав условия для увеличения потребления ими медицинской помощи и снижения финансового бремени.

Неуклонно снижается средний уровень соплатежей относительно средней заработной платы в стране. Этот показатель превзошел запланированный на 2010 г. уровень. В начале периода средний уровень соплатежа за специализированную и стационарную помощь составлял 30,8% средней ежемесячной зарплаты, представляя собой достаточно большие расходы для семей, в которых член семьи был госпитализирован. В 2004–2009 гг. средний уровень соплатежей оставался постоянным, тогда как средняя заработная плата увеличилась в 2,7 раза. В результате этого к 2009 г. уровень соплатежей по отношению к средней заработной плате сократился до 17,4%. В целях нахождения баланса между выделяемыми на здравоохранение государственными средствами и гарантиями государства в рамках ПГГ уровни соплатежей ежегодно пересматривались. Это означает, что повышение государственных расходов на здравоохранение позволяет снижать уровень соплатежей. Снижение соплатежей предусматривается для конкретных групп населения, таких как дети до 5 лет, перинатальная помощь и роды, а также пенсионеры старше 70 лет.

За период 2005–2010 гг. наблюдался значительный прогресс в деле достижения поставленных на 2010 г. целей по более равномерному региональному распределению подушевых расходов программы дополнительного лекарственного обеспечения. В 2005 г. отклонения по областям от среднего республиканского уровня расходов в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения составили от +67% в

городе Бишкек до –45% в Таласе. Расходы на душу населения в Бишкеке относительно среднего республиканского показателя снизились до +43% в 2006 г. и +13,3% в 2009 г., в то время как в Таласе и Нарыне – повысились. В 2007 г. подушевые расходы по программе дополнительного лекарственного обеспечения стали распределяться более равномерно, региональные колебания относительно среднего уровня составили от +24,9 до –29,4%. В настоящее время рассматриваются мероприятия, направленные на снижение регионального неравенства в распределении средств по программе дополнительного лекарственного обеспечения.

Несмотря на то что показатель регионального распределения средств по ПГГ не был включен в список основных показателей, наблюдалось сокращение регионального неравенства и по этому показателю. Аккумуляция средств на национальном, а не на областном, уровне позволило более равномерно распределять средства по областям, сокращая разрыв между Бишкеком и другими регионами страны.

Можно сделать вывод, что финансовая защита улучшилась во время реализации программы «Манас Таалими». Полученная польза особенно очевидна среди самых бедных групп населения. Причинами успеха в этом направлении являлись:

- увеличение бюджетных средств и внешних ресурсов, выделяемых в рамках широкосекторального подхода (SWAp), позволило решить проблему снижающегося десятилетиями государственного финансирования отрасли;
- увеличение государственного финансирования позволило освободить определенные группы населения от соплатежей, в том числе детей в возрасте до 5 лет, пенсионеров старше 70 лет, а также перинатальную помощь и роды;
- перенос аккумуляции средств с областного на национальный уровень позволил достичь более справедливого регионального распределения средств ПГГ;
- постоянное совершенствование применяемых ФОМС методов оплаты медицинских учреждений способствует повышению качества, доступности и эффективности. Примером таких механизмов может быть введение коэффициентов, способствующих более справедливому распределению средств ПГГ и отражающих такие характеристики, как пол, возраст, малые города и сельская местность, или региональных коэффициентов, применяемых в рамках проекта, финансируемого Азиатским банком развития, и др.;

- инвестиции в ФАП с целью повышения качества медицинских услуг в отдаленной и сельской местности.

Одной из проблем остается высокий уровень частных расходов. Несмотря на тенденцию снижения частных расходов граждан на здравоохранение, их доля в общих расходах на здравоохранение остается достаточно высокой. По мере возрастания уровня финансирования здравоохранения за счет государственного бюджета и внешних агентств важно предусматривать снижение соплатежей граждан и разрабатывать перспективную стратегию определения уровней соплатежей.

## **7.2. Доступность и равенство в потреблении медицинских услуг**

С 1990-х и до начала 2000-х гг. сокращалось потребление амбулаторных и стационарных услуг, что вызвало озабоченность по поводу барьеров в доступности помощи. Основными причинами этому были повышение стоимости медицинских услуг и изменение клинической практики, отход от необоснованных и длительных госпитализаций, типичных для советского периода. Программа «Манас Таалими» нацелена на соблюдение точного баланса между обеспечением доступности и недопущением необоснованного использования ресурсов, особенно на уровне стационаров. Целями в сфере обеспечения доступности медицинской помощи являются приостановка снижения потребления медицинской помощи (такой, как первичная и стационарная помощь), улучшение регионального распределения услуг (таких, как услуги скорой помощи) и сокращение числа сел, в которых не предоставляются отдельные услуги (таких, как аптеки).

Были определены следующие показатели для измерения доступности медицинских услуг:

- общие барьеры в доступности;
- доступность ПМСП;
- доступность стационарной помощи;
- доступность медикаментов в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения в сельской местности;
- региональное равенство в распределении услуг неотложной помощи.



Улучшаются как доступность медицинской помощи в целом, так и равенство в доступности для отдельных категорий граждан. Обследования домохозяйств свидетельствуют о сокращении финансовых и географических барьеров к доступу, увеличении потребления первичной и стационарной помощи, более равномерном распределении средств в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения. Однако ситуация с кадрами остается проблематичной, особенно в сельской местности, а миграция медицинских работников приводит к увеличению нагрузки врачей ПМСП, что в конечном итоге негативно влияет на качество и доступность помощи (см. раздел 4.2.1).

В целом барьеры в доступе к медицинской и медикаментозной помощи снижаются. По данным кыргызских интегрированных обследований домохозяйств 2000–2009 гг., процент населения, ответивших, что нуждались в медицинской помощи, но не обратились за ней, потому что «было слишком дорого» или «слишком далеко», значительно снизился, составив в 2006 г. 3,1% против 11,2% в 2000 г., но в последующем несколько возрос, составив в 2009 г. 4,4% (см. табл. 7.1).

Таблица 7.1

**Финансовые и географические барьеры к доступу, 2000–2006 гг. (отдельные годы)**

	2000	2003	2006	2009
Процент респондентов, сообщивших, что нуждались, но не обращались за медицинской помощью за последние 30 дней	13,5%	15,1%	18,2%	н/д
Из них процент респондентов, назвавших в качестве причины «слишком дорого» или «слишком далеко»	11,2%	6,3%	3,1%	4,4%

Источник: Folkingham, Akkazieva & Baschieri, 2010; Министерство здравоохранения, 2011 (принято к печати).

Примечание: н/д – нет данных.

Тенденция снижения потребления услуг первичного звена была приостановлена, и в настоящее время наблюдается рост потребления. Основным показателем доступности первичной помощи является потребление услуг ГСВ. За период 2005–2007 гг. потребление этого типа услуг возросло с 1,6 посещения на жителя в начале периода до 2,2 посещения на жителя в конце периода. Последнее исследование, проведенное в рамках Кыргызского интегрированного обследования домохозяйств, показало, что уровень потребления медицинских услуг среди самых бедных слоев населения (1-й квинтель) несколько вырос, составив 8,1% в 2009 г. против 6,3% в 2001 г. (Министерство здравоохранения, 2011).

В сельской местности в результате продолжающейся миграции медицинских работников растет доля ГСВ, обслуживающих население более 2000 человек. Фактическое число обслуживаемого населения в сельской местности значительно превышает установленную для таких поселений норму в 1500 человек, рассчитанную с учетом необходимости снижения загрузки врача и повышения доступности и качества первичной помощи. В начале внедрения программы «Манас Таалими» у 58% ГСВ в сельской местности численность приписного населения составляла более 2000 человек. В рамках программы была поставлена цель сокращения этого показателя до уровня 33%. Однако этот показатель повысился с 58% в 2004 г. до 81% в 2007 г., что в значительной степени объясняется миграцией медицинских работников из сельской местности в города и другие страны (Falkingham, Akkazieva & Baschieri, 2010).

В 1992-2004 гг. потребление стационарной помощи снизилось. Меры Министерства здравоохранения, направленные на отход советской системы здравоохранения, базирующейся на приоритетности стационарной помощи, и рост стоимости госпитализаций (учитывая формальные и неформальные платежи), привели к снижению уровня госпитализации. Это вызывало озабоченность по поводу доступности стационарной помощи. Внедрение программы «Манас Таалими» переломило тенденцию снижения и привело к росту потребления стационарной помощи. К 2009 г. уровень госпитализации повысился до 15,2 на 100 жителей. Целевой показатель был установлен на уровне 12,5 случая госпитализации на 100 жителей (соответствовало фактическому уровню 2005 г.). Этот уровень был установлен исходя из необходимости сдерживания падения уровня госпитализаций с одновременным стимулом снижения числа необоснованных госпитализаций. Недавнее исследование, посвященное обоснованности госпитализаций по отдельным заболеваниям и состояниям, констатировало, что около половины госпитализаций были необоснованными. Такое положение объясняется отсутствием клинических протоколов лечения многих наиболее часто встречающихся заболеваний и состояний, что приводит либо к гипердиагностике, либо к недостаточной диагностике (Мурзалиева Г., Чолурова Р. и др., 2010). Другое исследование, проведенное на базе данных Кыргызского интегрированного обследования домохозяйств, также подтверждает факт роста уровня госпитализаций в 2004-2007 гг. и достижения к концу периода уровня 2001 г. (Falkingham, Akkazieva & Baschieri, 2010). Предварительные данные этого исследования показывают продолжающиеся тенденции роста

этого показателя и в 2009 г. В 2001–2004 гг. сократились различия в уровнях госпитализаций по социально-экономическим группам населения: уровень госпитализации среди низших квинтилей оставался без изменений, среди богатых – сократился с 9 до 6%.

Для сельского населения доступность медикаментозной помощи в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения улучшается. Число сел, в которых есть ГСВ, но нет аптек, сократилось с 142 в 2004 г. до 102 в 2009 г. Число аптек, заключивших контракт с ФОМС, увеличилось во всех регионах, за исключением Иссык-Кульской области. Таким образом, целевой показатель 2010 г. – 99 ГСВ без аптек – практически был достигнут.

Несмотря на снижение с 2004 г. регионального неравенства в распределении услуг скорой помощи, разрыв продолжает оставаться значительным. Данный показатель был включен в программу «Манас Таалими» для измерения влияния предполагаемых инвестиций в службы скорой медицинской помощи. В начале реализации программы региональные отклонения от средненационального уровня по показателю числа вызовов на 1 жителя составляли от –92 до +40%. К 2007 г. эти колебания незначительно сократились, варьируясь от –29 до +75%. Среди областей с недостаточной инфраструктурой скорой помощи незначительные улучшения отмечаются в Нарынской и Иссык-Кульской областях (см. раздел 5.5).

В целом в сфере повышения доступности и равенства при потреблении медицинских услуг был достигнут определенный прогресс. Этому способствовали несколько элементов реформы:

- увеличение финансирования ППТ, более справедливое распределение средств по областям вследствие их аккумулирования на национальном уровне и улучшение процедур закупки медицинских услуг;
- увеличение финансирования программы дополнительного лекарственного обеспечения, создание и заключение контрактов с дополнительными аптеками в сельской местности;
- улучшение доступности услуг (в том числе за счет приобретения новых машин скорой помощи и нового оборудования);
- капитальные вложения в медицинские учреждения (ремонт и оборудование);
- повышение потенциала поставщиков медицинской помощи посредством непрерывного медицинского образования и программ повышения качества на уровне учреждения;

- участие населения и сообществ, в том числе через информационные кампании, направленные на расширение знаний населения о формах доступа к медицинским услугам;
- повышение потенциала медицинских учреждений, достигнутое за счет реализации приоритетных программ, таких как здоровое материнство и детство, борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### **7.3 Эффективность распределения ресурсов в здравоохранении**

Достижение эффективности было основным направлением программы «Манас». Излишние стационарные мощности системы здравоохранения, унаследованные с советского времени, поглощали большую часть сокращающихся государственных средств. Это означало, что 75% государственного бюджета выделялось на покрытие фиксированных расходов, таких как коммунальные услуги и персонал, и только 25% использовалось непосредственно на медицинские расходы, такие как медикаменты и медицинские принадлежности. Так называемые прямые медицинские затраты были достаточно дорогостоящими и должны были обеспечиваться за счет неформальных платежей пациентов, что в результате приводило к неэффективности и слабой финансовой защищенности населения.

Вторым аспектом неэффективности, вызывающим озабоченность, является очень небольшая доля расходов здравоохранения, выделяемых на ПМСП, по сравнению со стационарной помощью. Советская медицина была сфокусирована на госпитализации даже при состояниях, которые могли лечиться в учреждениях ПМСП (такие как астма, язва, гипертония или анемия). Данный подход приводил к неэффективному распределению финансовых средств.

Реформы в рамках программы «Манас» были успешными в достижении эффективности по этим двум аспектам. Больничные мощности были сокращены на 40%, что привело к экономии расходов на коммунальные услуги и персонал и увеличению доли средств, выделяемых непосредственно на медицинские расходы. Службы ПМСП начали получать большую долю финансирования. В программе «Манас Таалими» эти два аспекта эффективности продолжают отслеживаться, с тем чтобы предыдущие достижения не получили обратного хода. Поскольку реструктуризация стационаров в основном завершена, фокус переключился на непрерывное планирование предоставления услуг.

Для измерения влияния программы «Манас Таалими» на эффективность деятельности системы здравоохранения были определены два показателя:

- прямые медицинские расходы (лекарства, медицинское оборудование и питание), исчисляемые как доля от общих государственных расходов на стационары;
- государственные расходы на ПМСП как доля от общих государственных расходов на здравоохранение.

Оценка данных индикаторов показывает повышение эффективности. ПМСП продолжает получать возрастающую долю государственного финансирования программы государственных гарантий. Доля расходов на ПМСП в государственных расходах на здравоохранение возросла с 26,4% в 2004 г. до 37,7% в 2009 г. Доля прямых медицинских расходов (лекарства, медицинские принадлежности и питание) в финансировании стационаров по ПГГ ежегодно растет. С 2004 по 2009 г. данный показатель увеличился с 20 до 29,5%. Этот рост, исчисляемый в относительном выражении, означает значительное повышение расходов, исчисляемое в абсолютном выражении, поскольку выделенные бюджетные средства на сектор здравоохранения увеличились с началом SWAp. В 2009 г. расходы ПГГ на госпитализацию и на один койко-день повысились на 11,1% на лекарства и на 14,1% – на питание. Однако до сих пор наблюдаются значительные региональные вариации в расходах на лекарства (Министерство здравоохранения, 2011).

Факторы, повлиявшие на повышение эффективности:

- система оплаты поставщиков, применяемая ФОМС, продолжает совершенствоваться и содержит финансовые стимулы для поставщиков медицинских услуг, направленные на более эффективное использование имеющихся ресурсов;
- поставщикам медицинских услуг было разрешено реинвестировать сэкономленные средства;
- ПМСП является приоритетной сферой при распределении средств по уровням оказания помощи в ПГГ;
- медицинские учреждения постепенно совершенствуют свои процедуры составления бюджетов и финансового управления, стараясь с наибольшей выгодой использовать предоставленную им большую автономию;

- с внедрением новых клинических руководств и протоколов, совершенствованием системы врачебной подготовки и непрерывным медицинским образованием, повышением качества и мониторинга поставщика сокращают предоставление необоснованных медицинских услуг.

## 7.4 Прозрачность и отзывчивость

Как отмечено в разделе 7.1 «*Финансовая защита*», частные расходы граждан (формальные и неформальные платежи) в начале реформ по внедрению системы единого плательщика были на достаточно высоком уровне. Частные расходы граждан включали в себя оплату медицинского персоналу, оплату медикаментов, медицинских и немедицинских товаров, а также плату за питание. Внедрение ПГГ было нацелено на создание прозрачной системы платы за стационарную помощь, предусматривающей установление ставки за госпитализацию. Было принято несколько сопроводительных мер, повышающих осведомленность населения о своих правах и обязательствах платить. Реформа по внедрению системы единого плательщика была успешной и положила начало сокращению неформальных платежей и повышению прозрачности в системе здравоохранения. Однако снижение государственного финансирования ограничило этот позитивный эффект. Программа «Манас Таалими» была нацелена на дальнейшее усиление прозрачности системы здравоохранения путем обеспечения адекватного финансирования таких основных элементов оказания помощи, как медикаменты, предметы медицинского назначения и питание, и повышения осведомленности населения о своих правах на медицинскую помощь.

Для оценки влияния программы «Манас Таалими» на уровень прозрачности и отзывчивости системы здравоохранения были отобраны три показателя :

- доля неформальных платежей в личных расходах граждан на стационарное лечение;
- доля населения, осведомленного о своих правах в рамках ПГГ и программы дополнительного лекарственного обеспечения;
- отзывчивость стационаров на ожидания пользователей.

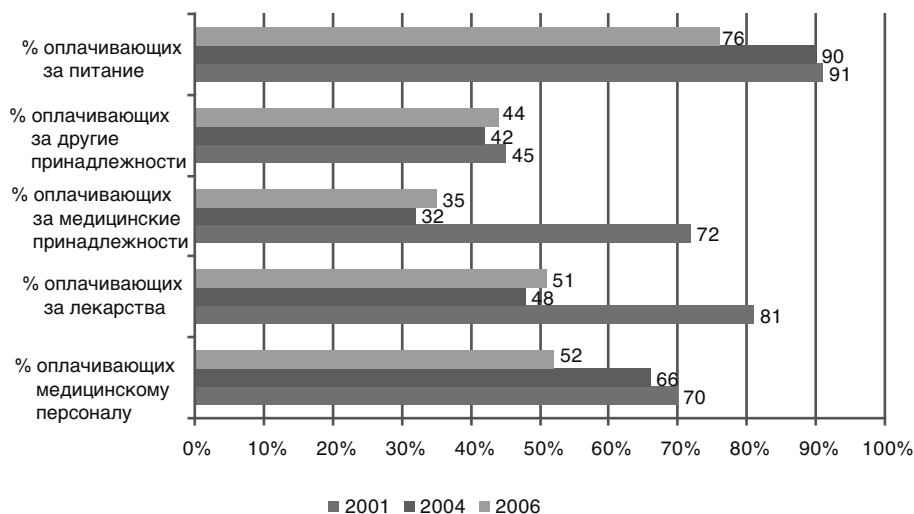
С точки зрения прозрачности доля пациентов, осуществляющих неформальные платежи, значительно снизилась с началом внедрения

реформ по системе единого плательщика в 2001 г. Одним из факторов, повлиявшим на это, является относительно хорошая осведомленность населения о своих правах в рамках ПГГ. Что касается отзывчивости, пациенты продолжают высоко оценивать различные сервисные аспекты стационарной помощи. Очевидно, система здравоохранения постепенно становится более прозрачной и отзывчивой.

За период 2001–2006 гг. доля стационарных больных, осуществляющих неформальные платежи, значительно сократилась. Неформальные платежи оцениваются в рамках обследований выписанных пациентов, проводимых Центром анализа политики здравоохранения. Обследование включало 2913 респондентов в 2001 г., 4533 респондента в 2004 г. и 5337 респондентов в 2006 г. Пациентов опрашивали дома после выписки, чтобы получить более точные ответы на вопросы по неформальной оплате. За рассматриваемый период процент респондентов, сообщивших о том, что они осуществляли неформальные платежи, снизился по всем пяти категориям платежей (см. рис. 7.2). В 2004–2006 гг. наблюдалось резкое сокращение числа плативших по таким направлениям, как плата медицинскому персоналу и питание. Это произошло в силу нескольких факторов, в том числе и увеличения финансирования стационаров, кото-

**Рисунок 7.2**

**Доля стационарных больных, осуществляющих неформальные платежи, 2001, 2004 и 2006 гг.**



Источник: Якаб и Катцин, 2009.

рое позволило повысить заработную плату и улучшить обеспечение медикаментами и питанием (Якаб и Катцин, 2009).

В обследование 2006 г. впервые были включены вопросы об осведомленности населения о своих правах в рамках ППГ. Вопросы обследования направлены на выявление осведомленности о правах при получении первичной и стационарной помощи, а также прав, предоставляемых по программе дополнительного лекарственного обеспечения. В наибольшей степени население осведомлено о своих правах в области получения стационарной помощи. Более 66% домохозяйств правильно ответили, что госпитализированный пациент не должен платить медицинскому персоналу, и 49% знали о том, что он не должен платить за медикаменты, если был осуществлен официальный соплатеж (Якаб и Катцин, 2009).

При исследовании неформальных платежей, осуществляемых при получении первичной помощи, респондентов просили определить, которые из семи представленных в анкете услуг являются бесплатными, а какие платными. 46% опрошенных пациентов дали 4 и более правильных ответов из 7. Как показывают исследования в 2006–2009 гг., информированность населения росла. В 2006 г. 82% опрошенных знали, что консультации ГСВ должны быть бесплатными, а в 2009 г. этот показатель увеличился до 83,7%, доля респондентов, которые знали, что измерение артериального давления должно быть бесплатным, увеличилась с 69% в 2006 г. до 77,8% в 2009 г. Намного меньше пациентов знали, что ультразвук для беременных женщин должен осуществляться бесплатно, хотя и здесь наблюдается улучшение информированности: с 19% в 2006 г. до 24% в 2009 г. Менее всего опрошенные были осведомлены о своих правах на получение медикаментозной помощи в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения. В 2006 г. только 30,4% застрахованных по ОМС ответили, что они имеют право на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении по льготным ценам, хотя и этот процент к 2009 г. вырос до 36,6%. Уровень осведомленности о льготных ценах на медикаменты при амбулаторном лечении для детей в возрасте до 16 лет практически не изменился, составляя соответственно 26,2 и 26,9% в 2006 и 2009 гг. (табл. 7.2).

Уровень отзывчивости на ожидания пациентов при получении стационарной помощи остается достаточно высоким. В табл. 7.3 представлена оценка пациентов по шести элементам оказания стационарной помощи, включая заботу и уважение, информацию о диагнозе и лечении, время, уделяемое медицинским персоналом, участие в процессе принятия решений о лечении, чистоту и результат лечения. Каждый



Таблица 7.2

## Уровень осведомленности населения о правах, 2006 и 2009 гг.

	2006	2009
Правильно ответившие на вопрос о правах, о бесплатных и платных амбулаторных услугах, давшие по крайней мере 4 из 7 правильных ответов (бесплатные услуги: прием ГСВ, прием специалиста, анализ мочи и крови, измерение артериального давления, услуги скорой медицинской помощи, ультразвуковое исследование беременных женщин; и платные услуги: гормональные/почечные/ревматические исследования)	45,9%	57,4%
Правильно ответившие на вопрос о том, надо ли платить медицинскому персоналу сверх официально внесенного соплатежа за госпитализацию	66,5%	76,4%
Правильно ответившие на вопрос о том, надо ли пациенту платить за медикаменты сверх официально внесенного соплатежа за госпитализацию	49,2%	52,6%
Сообщившие, что «имеют право на льготные цены на медикаменты при амбулаторном лечении» из числа застрахованных по ОМС	30,4%	36,6%
Сообщившие, что «дети до 16 лет имеют право на льготные цены на медикаменты при амбулаторном лечении», из тех, у кого есть дети до 16 лет	26,2%	26,9%

Источник: Министерство здравоохранения, 2011.

Таблица 7.3

## Уровень удовлетворенности пациентов при получении стационарной помощи, 2004 и 2006 гг. (% пациентов, оценивших уровень удовлетворенности в 3 или 4 балла)

Вопросы:	2004	2006
Как часто медицинский персонал относился к вам с заботой и уважением (никогда, иногда, обычно, всегда)	95,19	92,38
Как часто вам предоставляли соответствующую информацию о вашем диагнозе, лечении и анализе (никогда, иногда, обычно, всегда)	92,19	89,22
Как часто врачи находят время, чтобы отвечать на ваши вопросы о вашем здоровье (никогда, иногда, обычно, всегда)	92,13	87,98
Как часто вы принимаете участие в принятии решений об оказании помощи (никогда, иногда, обычно, всегда)	76,77	71,57
Как вы оцениваете чистоту в больнице (очень плохо, плохо, хорошо, очень хорошо)	95,61	92,68
Как вы оцениваете результат вашего лечения (стало хуже, осталось так же, стало лучше, стало хорошо)	91,61	90,68
Составной показатель отзывчивости	90,58	87,42

Источник: Министерство здравоохранения, 2008.

Примечание: Оценка проводилась по 4-х бальной шкале от 1 - неудовлетворительно, до 4 - хорошо.

элемент оценивался по четырехбалльной шкале, где 1 – это наихудший балл, а 4 – наилучший балл. В табл. 7.3 представлены данные обследований выписанных пациентов за 2004 и 2006 гг., отражающие долю пациентов, оценивающих каждый из этих элементов в 3 или 4 балла. По всем шести рассматриваемым элементам были зафиксированы высокие уровни отзывчивости. При этом в период 2004–2006 гг. не наблюдалось каких-либо существенных изменений оценок. Интегральный показатель отзывчивости, включающий в себя все шесть элементов, составлял 90,58% в 2004 г. и 87,42% в 2006 г. (Министерство здравоохранения, 2008).

Мероприятия, способствующие повышению прозрачности и отзывчивости системы здравоохранения, включают:

- увеличение финансирования ПГГ и улучшение процедур закупки способствовали увеличению расходов на медикаменты, товары медицинского назначения и питание;
- повышение потенциала медицинских работников посредством обучения и внедрения программ повышения качества;
- продолжающиеся информационные кампании среди населения, с вовлечением СМИ и сельских комитетов здоровья.

## 7.5 Качество медицинской помощи

Программа реформирования «Манас» фокусировалась на повышении качества на уровне ПМСП. По шести нозологиям (астма, язва, анемия, гипертония, острые респираторные инфекции, диарейные заболевания и пневмония) предполагалось, что врачи ПМСП будут лечить пациентов в соответствии с новыми руководствами и реже направлять их в стационары. Медикаменты, необходимые для лечения этих заболеваний, субсидировались ФОМС в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения. Эти шаги привели к повышению качества помощи.

В программе «Манас Таалими» повышение качества помощи основывается на двустороннем подходе. Во-первых, несколько мероприятий нацелены на повышение качества в целом путем усиления доказательной медицины и улучшения медицинского образования. Во-вторых, повышение качества предполагается по четырем приоритетным программам: здоровье матери и ребенка, сердечно-сосудистые заболевания, туберкулез и ВИЧ/СПИД.

Показатели, характеризующие качество предоставляемых услуг и относящиеся к сфере здоровья матери и ребенка. Первоначально предусматривалось применение трех индикаторов, но это число сократилось до двух из-за проблем с наличием данных, связанных с процентом женщин, получающих полный пакет антенатальных услуг. Основными показателями являются:

- процент детей, получающих прививки в соответствии с национальным календарем иммунизации;
- процент рожениц, страдающих анемией.

На настоящий момент эти два индикатора не показывают улучшений в качестве помощи. Однако, оценивая качество некоторыми другими показателями, можно предположить улучшение качества помощи, оказываемой по отдельным направлениям материнского и детского здоровья и сердечно-сосудистых заболеваний.

Зарегистрированный уровень иммунизации остается высоким в стране – 95,6% в 2009 г., несмотря на то что он снизился с 99% в предыдущие годы. Снижение, скорее всего, произошло в результате возрастающей внутренней миграции. Внутренние мигранты, по большей части локализующиеся в городе Бишкек, плохо охвачены услугами вакцинации. Многие не знают, что бесплатно могут получить услуги врачей первичного звена и прививки без регистрации по новому месту жительства. С другой стороны, учреждения первичного звена в этих новых населенных пунктах («новостройках») Бишкека перегружены. В дополнение к этому плохие дороги, нехватка транспортных средств и средств на приобретение топлива не позволяют осуществлять в этих зонах выездные мероприятия.

Несмотря на мероприятия по усилению раннего распознавания и лечения железодефицитной анемии, доля женщин, которые поступают на роды с анемией, остается высокой. В 2009 г. этот показатель составлял 45,5%. Несмотря на снижение уровня бедности и включение добавок с питательными микроэлементами в программу дополнительного лекарственного обеспечения, этот показатель остается на высоком уровне. Причинами тому могут выступать начавшееся с 2006 г. улучшение регистрации железодефицитной анемии в отчетных клинических формах Фонда ОМС, а также прочно укоренившиеся привычки питания населения (Министерство здравоохранения, 2008).

Другие индикаторы показывают улучшение в качестве помощи при некоторых отобранных состояниях материнского и детского здоровья, в результате проведения интенсивного обучения и программ по улучшению качества. Интегральный показатель безопасного материнства повысился с 17,1% в 2006 г. до 61,3% в 2009 г. Данный показатель отслеживался в 2 пилотных учреждениях в 2006 г., 9 пилотных учреждениях в 2007 г. и 15 пилотных учреждениях в 2009 г. Программа осуществлялась под руководством Министерства здравоохранения и при поддержке консорциума внешних агентств, в том числе «ЗдравПлюс»/ЮСАИД, ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА и Азиатского банка развития. Интегральный показатель рассчитывался на основе следующих пяти показателей (Министерство здравоохранения, 2011):

- процент медицинских учреждений, обеспечивающих возможность проведения родов в соответствии со стандартами ВОЗ;
- процент нормальных, естественных родов;
- процент женщин, посещающих дородовые занятия;
- процент рожениц, выбирающих для себя положение в родах;
- процент женщин, рожающих в присутствии партнера.

Внедрение программ непрерывного повышения качества управления гипертонической болезнью в 1318 учреждениях ПМСП привело в 2006–2009 гг. к значительным улучшениям в основных показателях качества помощи. Доля взрослых людей, которым при посещении учреждений ПМСП проверяли артериальное давление, возросла с 63% в 2006 г. до 80% в 2009 г. Доля пациентов, которым были выписаны медикаменты первой линии, предусмотренные существующими клиническими протоколами, возросла с 64 до 79%. Несмотря на улучшение контроля за гипертонической болезнью на первичном уровне, необходимы дальнейшие усилия по повышению осведомленности населения о необходимости ежегодно измерять артериальное давление и, если необходимо, ежедневно принимать выписанные препараты (Министерство здравоохранения, 2011).

Качество помощи, оказываемой как в амбулаторном, так и стационарном звене, остается главной проблемой в Кыргызстане. Однако существуют обнадеживающие доказательства того, что программы по повышению качества могут принести хорошие результаты. Мероприятия, способствующие повышению качества помощи, включают:

- разработку клинических руководств и протоколов на основе доказательной медицины;
- обеспечение на уровне медицинского учреждения лучшей взаимосвязи между ресурсами (включая инфраструктуру и оборудование, медикаменты, лабораторные услуги, а также обучение) и применяемыми инструментами повышения качества, такими как мониторинг показателей качества;
- интеграцию приоритетных программ с общей системой здравоохранения;
- непрерывное совершенствование закупок в рамках ППГ и нацеленность программы дополнительного лекарственного обеспечения на приоритетные состояния и заболевания;
- реформу медицинского образования;

- формирование здорового образа жизни, предусматривающее усиление ответственности населения за собственное здоровье.

Доказана эффективность мероприятий по вовлечению местных сообществ и неправительственных организаций в разработку и реализацию программ по здравоохранению и повышению качества. Работа комитетов здоровья в Нарынской области по профилактике йододефицитных состояний и контроль общин за качеством импортируемой белой соли привели к увеличению доли домохозяйств, использующих йодированную соль в приготовлении пищи. Этот показатель по Нарынской области значительно превосходит средний по стране уровень (Правительство Кыргызской Республики, 2006).



## 8. Заключение

С начала 1990-х гг. Кыргызстан сталкивался с серьезными угрозами здоровью населения страны, для преодоления которых правительством страны предпринимались широкомасштабные реформы системы здравоохранения, осуществлявшиеся в сложных социально-экономических и политических условиях. После приобретения независимости в Кыргызстане были разработаны две основные программы реформирования здравоохранения: «Манас» (1996–2006 гг.) и «Манас Таалими» (2006–2010 гг.). Программа «Манас» положила начало комплексным структурным изменениям в системе оказания медицинской помощи, финансировании и управлении здравоохранением. Она включала реформы системы предоставления медицинской помощи, направленные на усиление первичного звена, развитие системы врачей общей (семейной) практики и реструктуризацию стационарного сектора, а также мероприятия по улучшению обеспечения лекарственными средствами, укреплению общественного здравоохранения и повышению качества помощи. В рамках программы «Манас» также были внедрены принципиальные изменения в систему финансирования здравоохранения. В 1997 г. в целях привлечения в сектор здравоохранения дополнительных источников финансирования и улучшения социальной защиты населения было внедрено обязательное медицинское страхование. Для администрирования системы обязательного медицинского страхования был создан фонд ОМС. Создание ФОМС создало основу для разделения функций покупателя и поставщика и для разработки стратегии заключения контрактов. В 2001–2004 гг. была разработана система единого плательщика, где ФОМС и его территориальные управления становились единым плательщиком в рамках программы государственных гарантий в управляемой государством системе здравоохранения. Это предполагало переход от административно-фрагментирован-

ной системы финансирования к аккумуляции средств местных бюджетов на областном и, позже, на национальном уровнях. Переход на новые принципы финансирования, предусматривавшие аккумуляцию средств, внедрение новых механизмов закупки медицинских услуг, включая системы оплаты медицинских учреждений по результатам деятельности, внедрение системы единого плательщика, обеспечил преодоление ранее существовавшей фрагментации и сокращение излишних мощностей в системе здравоохранения. Аккумуляция средств стала также ключевым моментом для начала разрешения проблемы резко выраженных региональных различий в финансировании и ресурсах, позволило ФОМС распределять средства, выделяемые на финансирование ПГГ и программы дополнительного лекарственного обеспечения, более равномерно. Это способствовало улучшению доступности медицинских услуг и повышению равенства.

Проводимые реформы позволили достичь определенных успехов по ряду направлений деятельности системы здравоохранения. Внедрение ПГГ и программы дополнительного лекарственного обеспечения способствовало повышению эффективности использования ограниченных ресурсов здравоохранения. Установление бюджета для реализации ПГГ, связанного со средствами ФОМС, способствовало улучшению доступности медицинской помощи для наиболее уязвимых групп населения и повышению эффективности и прозрачности системы оказания медицинской помощи. Была изменена система оплаты медицинских учреждений, был осуществлен переход от принципов оплаты по имеющимся ресурсам к принципу оплаты по результатам. Новая система предусматривала внедрение подушевого принципа оплаты учреждений первичного звена и оплаты за законченный случай для стационаров.

Повышение государственного финансирования здравоохранения стало важным для устранения финансовых барьеров к доступу. Одним из ключевых условий внешних агентств по развитию для выделения средств в рамках широкосекторального подхода является ежегодное повышение государственного бюджета на здравоохранение, исчисляемого в процентном отношении к общим государственным расходам, на 0,6%. В 2000–2008 гг. государственное финансирование здравоохранения (включая средства обязательного медицинского страхования) повысилось с 2,1 до 2,4% от ВВП. В 2008 г. общие расходы на здравоохранение в Кыргызстане составляли 6,4% ВВП, что превышало уровень многих стран бывшего Советского Союза. Однако, несмотря на увеличение государственного финансирования, частные расходы гражд-



дан все еще составляют более половины общих расходов на здравоохранение. Несмотря на тенденцию снижения, в 2006 г. доля пациентов, осуществлявших неформальные платежи при получении медицинской помощи, оставалась на уровне 52%.

Не удивительно, что финансовая защита остается главной проблемой. В начале 2000-х гг. наблюдался резкий рост расходов граждан на приобретение медикаментов при амбулаторном лечении, частные расходы граждан на здравоохранение все время сохранялись на высоком уровне. Для решения этой проблемы в программе «Манас Таалими» особый акцент был сделан на сокращение финансового бремени пациентов. За период 2003–2009 гг. финансовое бремя самых бедных 40% населения реально снизилось. По данным интегрированных обследований домохозяйств в Кыргызстане в 2000–2009 гг., доля населения, нуждавшегося в медицинской помощи, но не обратившегося за ней по причинам дороговизны или отдаленности медицинского учреждения, значительно сократилась и составляла соответственно 11,2 и 4,4% в начале и конце рассматриваемого периода.

Показатели состояния здоровья населения демонстрируют всю сложность задач, стоящих перед системой здравоохранения Кыргызской Республики. Ожидаемая продолжительность жизни составляла в 2008 г. 72 года для женщин и 63 года для мужчин, что было ниже уровня 1990 г. и намного ниже уровня стран Западной Европы. Показатели младенческой и материнской смертности снижаются, но все еще остаются на очень высоком уровне. В 2009 г. официально зарегистрированная младенческая смертность составила 25 смертей на 1000 живорождений, материнская смертность – 69,8 смертей на 100 000 живорождений. Наряду с этим наблюдается высокий уровень заболеваемости туберкулезом (101 случай на 100 000 жителей в 2009 г.), растет число новых зарегистрированных случаев ВИЧ. Недостаточное питание является другой проблемой: 43,8% рожениц страдают анемией.

Помимо достижения основной цели улучшения состояния здоровья, будущие реформы должны будут концентрироваться на разрешении ряда дополнительных задач. Одна из них связана с трудовыми ресурсами здравоохранения. Система медицинского образования в настоящее время реформируется, но более сложной проблемой является неравномерное региональное распределение медицинских работников. Более того, заработная плата медицинских работников остается сравнительно низкой, и медицинские работники все больше и больше мигрируют внутри Кыргызстана или в другие страны, что в результате приводит к увеличению нагрузки на врачей первичного звена в сельской местности.

Потребуется дальнейшее укрепление первичного звена. Несмотря на постоянно увеличивающуюся долю средств, выделяемых учреждениям ПМСП, расходы на стационарный сектор составляют большую часть общих расходов на здравоохранение. Вопрос параллельных и вертикальных медицинских служб также нуждается в решении для того, чтобы снизить дублирование и бесполезную трату средств. Отдельного внимания требуют вопросы повышения качества медицинской помощи. Также необходимо уделять внимание отдельным клиническим направлениям, таким как охрана психического здоровья, где до сих пор придерживаются советских подходов и руководств в лечении. В будущем необходимо будет решать проблему капитальных вложений и приобретения медицинского оборудования.

Кыргызстан при значительной внешней помощи прошел долгий путь реформирования унаследованной из советского периода системы здравоохранения. Поскольку программа «Манас Таалими» подходит к концу, важно провести оценку ее достижений и уроков, с тем чтобы следующая стадия реформ здравоохранения строилась на достигнутых результатах.

## 9. Приложения

### 9.1 Библиография

- Ahmedov M et al. (2007). Uzbekistan: health system review. *Health Systems in Transition*, 9:1-210.
- АККАЗИЕВА, Б., САМИЕВ, А. и ТЕМИРОВ, А. (2009) Глобальный Альянс по вакцинации и иммунизации. Укрепление систем здравоохранения: Отслеживающее исследование, Документ исследования политики No. 59. Бишкек, Центр анализа политики здравоохранения.
- АКУНОВ, Н., ИБРАИМОВ, А., АККАЗИЕВА, Б., ПАНКОВА, О., ЯКАБ, М. и КОЖОКЕЕВ, К. (2007) Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике. Документ исследования политики № 45. [<http://eng.chsd.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=172>, доступ 10 апреля, 2008]. Бишкек, Отдел анализа политики здравоохранения Манас.
- АТУН, Р. (2005) Оценка реформы сектора здравоохранения «Манас» (1996–2005): Первичная медико-санитарная помощь. Документ исследования политики № 29. [<http://eng.chsd.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=172>, доступ 5 апреля 2008]. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения «Манас».
- Bhutta Z & Khan Y (2009). Maternal and newborn health in Kyrgyzstan and Chui oblast: assessment and implications for interventions. Karachi, Division of Women and Child Health, The Aga Khan University.
- ЧЕЧЕЙБАЕВ, Э., ЯКАБ, М., АЛЕШКИНА, Ю., САМИЕВ А. и КАРТАНБАЕВА, Н. (2008) Частный сектор здравоохранения в КР. Документ исследования политики № 53. Бишкек, Центр развития здравоохранения.
- Falkingham J, Akkazieva B & Baschieri A (2010). Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001–2007. *Health Policy and Planning*, 25:427–436.
- GaviAlliance (2011). [web site] Health Systems Strengthening Programme. Geneva: Global Alliance for Vaccines and Immunisation ([http://www.gavialliance.org/vision/programme\\_support/index.php](http://www.gavialliance.org/vision/programme_support/index.php), accessed 12 March 2011).
- ПРАВИТЕЛЬСТВО КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (2006) Национальная программа реформирования системы здравоохранения «Манас Таалими» Кыргызской Республики (2006–2010) [<http://manastaalimi.med.kg/eng/>, доступ 27 августа 2007]. Бишкек, Правительство Кыргызской Республики.
- ПРАВИТЕЛЬСТВО КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (2007) Документ стратегии сокращения бедности Стратегия развития страны (2007–2010), МВФ Страновой отчет No. 07/193. Бишкек, Кыргызская Республика.

- Hardison C et al. (2007). The emergence of family medicine in Kyrgyzstan. *Family Medicine*, 39:627–633.
- ПРОЕКТ АНАЛИЗА ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2002) Данные по реформам финансирования здравоохранения в КР: значение для Кредита структурных реформ управления (GSAC), Документ исследования политики № 19. Бишкек, Проект анализа политик здравоохранения (DfID/ВОЗ).
- ИБРАИМОВА, А. и КАТЦИН, Дж. (2002) Примечание по механизмам финансирования для Фонда обязательного медицинского страхования, Документ исследования политики № 14. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DfID/ВОЗ).
- ИБРАИМОВ, А., НАЖИМИДИНОВА, Г., БОРОНБАЕВА, Э. и ШУКУРОВА, В. (2009) Социально-медицинские причины смертности детей в возрасте до 2 лет, умерших дома или в первые 24 часа госпитализации. Бишкек, Центр анализа политики здравоохранения.
- International Crisis Group (2008). *Kyrgyzstan: a deceptive calm*. Brussels, International Crisis Group (Asia Briefing No 79) (<http://www.crisisgroup.org/en/regions/asia/central-asia/kyrgyzstan/B079-kyrgyzstan-a-deceptive-calm.aspx>, accessed 7 March 2011).
- ЯКАБ, М. и КАТЦИН, Дж. (2009) Улучшение финансовой защиты в Кыргызстане посредством сокращения неформальных платежей. Данные за 2001–2006 годы, Документ исследования политики No. 57. Бишкек, Отдел анализа политики здравоохранения (DFID/ВОЗ).
- ЯКАБ, М., ЛАНДИН, Э. и АККАЗИЕВА, Б. (2007) Эффективность системы здравоохранения в области контроля гипертензии в Кыргызстане. Документ исследования политики № 44 (<http://eng.chsd.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=172>, доступ 5 апреля 2008] Бишкек, Отдел анализа политики здравоохранения «Манас».
- Jakab M & Manjiyeva E (2008). *The Kyrgyz Republic: good practices in expanding health care coverage*. In Gottret P, Scheiber G & Waters H, eds. *Good practices in health financing: lessons from reforms in low- and middle-income countries*. Washington DC, World Bank: 269-310 (<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1202320704235/GoodPracticesHealthFinancing.pdf>, accessed 7 March 2011).
- Khodjamurodov G & Rechel B (2010). *Tajikistan: health system review*. *Health Systems in Transition*, 12:1–154.
- КОЖОКЕЕВ, К., МУРЗАЛИЕВА, Г. и МАНЖИЕВА, Э. (2008) Почему наши врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинского персонала в Кыргызстане, Документ исследования политики №. 51. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DFID/ВОЗ).
- Kuchukeeva A & O'Loughlin J (2003). Civic engagement and democratic consolidation in Kyrgyzstan. *Eurasian Geography and Economics*, 44:557–587.
- Kulzhanov M & Rechel B (2007). *Kazakhstan: health system review*. *Health Systems in Transition*, 9:1–158.
- КАТЦИН, Дж. (2001) Описательная структура анализа механизмов финансирования здравоохранения на уровне страны. *Политика здравоохранения*, 56, 171–204.
- КАТЦИН, Дж. (2003) Расходы здравоохранения, реформы и приоритеты политики для Кыргызской Республики. Документ исследования политики № 24. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DfID/ВОЗ).

- КАТЦИН, Дж., ИБРАИМОВА, А., КАДЫРОВА, Н., ИСАБЕКОВА, Г., САМЫШКИН, Е. и КАТАГАНОВА, З. (2002) Инновации в распределении ресурсов, аккумулировании и закупке в системе здравоохранения КР, Документ исследования политики № 21. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DFID/ВОЗ).
- КАТЦИН, Дж., ИБРАИМОВА, А., ЯКАБ, М. и О'ДОГЕРТИ, Шила (2009) Бисмарк встречает Бевериджа на Шелковом Пути: координация источников финансирования с целью создания универсальной системы финансирования в Кыргызстане. *Bulletin of the World Health Organisation*, 87, 549–554.
- US Country Studies Program (2007). Country profile: Kyrgyzstan. Washington, DC, US Country Studies Program ([http://www.mongabay.com/reference/country\\_profiles/2004-2005/Kyrgyzstan.html](http://www.mongabay.com/reference/country_profiles/2004-2005/Kyrgyzstan.html), accessed 6 July 2010).
- МАНЖИЕВА, Э., КОЖОКЕЕВ, К. и МУРЗАЛИЕВА, Г. (2008) Оценка программы «Депозит врача», Документ исследования политики № 52. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DFID/ВОЗ).
- MEASURE DHS (1998). Demographic and health survey 1997: Kyrgyz Republic. Calverton, MD, MEASURE DHS ([http://www.measuredhs.com/countries/metadata.cfm?survey\\_id=109&ctry\\_id=21&SrvyTp=ctry&cn=Kyrgyz%20Republic](http://www.measuredhs.com/countries/metadata.cfm?survey_id=109&ctry_id=21&SrvyTp=ctry&cn=Kyrgyz%20Republic), accessed 7 March 2011).
- Meimanaliev A-S et al. (2005). Health care systems in transition: Kyrgyzstan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- МЕЙМАНАЛИЕВ, Т. (2003) Кыргызская модель системы здравоохранения. Бишкек, Учкун.
- ФОМС (2010) Годовой отчет о деятельности ФОМС в 2009 году. Бишкек, Фонд обязательного медицинского страхования.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2008) Отчет по Среднесрочному Обзору – Стратегия сектора здравоохранения «Манас Таалими». Бишкек, Министерство здравоохранения.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2009а) Отчет по финансовому управлению 2008. Бишкек, Министерство здравоохранения.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2009б) Государственный отчет о санитарно-эпидемиологическом состоянии населения Кыргызской Республики в 2008 году. Бишкек, Министерство здравоохранения.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2010а) Информация о деятельности организаций здравоохранения в 2009 году и их задачах на 2010 год. Бишкек, Министерство здравоохранения.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2010б) Отчет о деятельности Министерства здравоохранения и сектора здравоохранения за 2009 год. Бишкек, Министерство здравоохранения.
- МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (2011, ожидается в публикации) Оценка национальной программы Манас Таалими. Бишкек, Министерство Здравоохранения
- МУРЗАЛИЕВА, Г., КОЖОКЕЕВ, К., ДЖЕМУРАТОВ, К., ТОРОБАЕВА, А. и ТУЯКОВА, Э. (2007) Центры общей врачебной практики: доступность и эффективность, Документ исследования политики № 47. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DFID/ВОЗ).

- МУРЗАЛИЕВА, Г., ЧОЛУРОВА Р., ЗУРДИНОВА А. (2010) Ситуационный анализ обоснованности госпитализаций детей до 5 лет и беременных женщин. Документ исследования политики № 68. Бишкек, Центр анализа политики здравоохранения.
- НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТИСТИЧЕСКИЙ КОМИТЕТ (2009) Демографический ежегодник Кыргызской Республики, 2003–2009, Бишкек, Национальный статистический комитет.
- Open Society Institute (2009). Budget of mental healthcare: Do the public money flows meet the needs of people with mental health problems?, Monitoring report on the mental health-care budget in the Kyrgyz Republic. Bishkek, Open Society Institute.
- OSCE/ODIHR (2008). Kyrgyz Republic: pre-term parliamentary elections. Election Observation Mission final report. Warsaw, Office for Democratic Institutions and Human Rights Office Democratic Institutions and Human Rights (<http://www.osce.org/odihr/elections/kyrgyzstan/31607>, accessed 7 March 2011).
- Pirnazarova G & Schlickau J (2010). Nursing in transition in Kyrgyzstan. *Journal of Transcultural Nursing*, 21:281–284.
- Rechel B (2010). HIV/AIDS in the countries of the former Soviet Union: societal and attitudinal challenges. *Central European Journal of Public Health*, 18:110–115.
- Rechel B & McKee, M. (2009). Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet*, 374:1186–1195.
- Rechel B et al. (in press). Lessons from two decades of health reform in Central Asia, *Health Policy and Planning*, 26:000–000.
- РЕСПУБЛИКАНСКИЙ МЕДИКО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЦЕНТР (2010) Здоровье населения и деятельность лечебно-профилактических учреждений в Кыргызской Республике, 2004–2009. Бишкек, Министерство здравоохранения.
- Sargaldakova A et al. (2000). Health care systems in transition: Kyrgyzstan. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.
- ТЕМИРОВ, А. и АККАЗИЕВА, Б. (2007) Отчет по национальным счетам здравоохранения в Кыргызстане: Обзор общих расходов здравоохранения за 2006 год, Документ исследования политики No. 54. Бишкек, Проект анализа политики здравоохранения (DfID/ВОЗ).
- ТЕМИРОВ, А. и НАРМАНБЕТОВ, У. (2009) Отчет по национальным счетам здравоохранения в Кыргызстане: Обзор общих расходов здравоохранения за 2008 год, Документ исследования политики No. 64. Бишкек, Центр анализа политики здравоохранения.
- Thorne C et al. (2010). Central Asia: hotspot in the worldwide HIV epidemic. *Lancet Infectious Diseases*, 10:479–488.
- UNICEF (2006). Multiple indicator cluster survey 3: Kyrgyzstan. New York, United Nations Children's Fund ([http://www.childinfo.org/files/MICS3\\_Kyrgyzstan\\_FinalReport\\_2005-06\\_Eng.pdf](http://www.childinfo.org/files/MICS3_Kyrgyzstan_FinalReport_2005-06_Eng.pdf), accessed 7 March 2011).
- UNICEF (2010). TransMONEE 2010 database. Geneva, United Nations Children's Fund (<http://www.transmonee.org/>, accessed 7 March 2011).
- United Nations (2004). Cartographic section: Kyrgyzstan. New York, United Nations (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/kyrgysta.pdf>, accessed 7 March 2011).
- WHO (1992). International Classification of Diseases, 10th revision. Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2007). Quality of medicines within the public sector drug procurement system in the Republic of Kyrgyzstan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2008). Review of the regulatory system for pharmaceuticals in Kyrgyzstan. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2011). European Health for All Database [online/offline database, January 2011 version]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/hfadb>, accessed 7 March 2011).

WHO, UNICEF & UNFPA (2010). Inter-agency health and nutrition initial rapid assessment, southern Kyrgyzstan: Jalal Abad and Osh Oblasts, June 29 – July 3, 2010. Bishkek, World Health Organization, United Nations Children's Fund and United Nations Population Fund.

World Bank (2007). Joint support strategy for the Kyrgyz Republic 2007–2010. Bishkek, World Bank.

World Bank (2011). World development indicators [online database] Washington, DC, World Bank (<http://data.worldbank.org/>, accessed 7 March 2011).

## 9.2 Полезные интернет-ссылки

Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора при Министерстве здравоохранения: [www.dgsen.kg](http://www.dgsen.kg)

DfID: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.dfid.gov.uk/countries/asia/kyrgyzstan.asp>

Центр анализа политики здравоохранения: <http://www.hpac.kg>

Фонд обязательного медицинского страхования: <http://www.foms.med.kg>

Министерство финансов: [www.minfin.kg](http://www.minfin.kg)

Министерство здравоохранения: <http://www.med.kg/>

Национальный комитет по статистике: [www.stat.kg](http://www.stat.kg)

Проект MeTA, ВОЗ: [www.metakg.org](http://www.metakg.org)

KfW: [http://www.kfw-entwicklungsbank.de/EN\\_Home/LocalPresence/Asia49/Office\\_Kyrgyz\\_Republic/index.jsp](http://www.kfw-entwicklungsbank.de/EN_Home/LocalPresence/Asia49/Office_Kyrgyz_Republic/index.jsp)

Швейцарское агентство развития и сотрудничества (веб-сайт в стране): [http://www.sdc-health.ch/priority\\_countries/cis/kyrgyzstan](http://www.sdc-health.ch/priority_countries/cis/kyrgyzstan)

UNAIDS (веб-сайт в стране): [http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/Countries/kyrgyzstan.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/kyrgyzstan.asp)

UNICEF (веб-сайт в стране): <http://www.unicef.org/kyrgyzstan>

ПРООН (веб-сайт в стране): [www.undp.kg](http://www.undp.kg)

ВОЗ (веб-сайт в стране): <http://www.who.int/countries/kgz/en/>

Всемирный банк (веб-сайт в стране): <http://www.worldbank.org.kg>

### 9.3 Принципиальное законодательство

- Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики», № 6, от 9 января 2005 года
- Закон Кыргызской Республики «О системе единого плательщика в финансировании здравоохранения», № 159, от 30 июля 2003 года
- Закон Кыргызской Республики «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике», № 116, от 13 августа 2004 года
- Закон Кыргызской Республики «О лекарственных средствах», № 91, от 30 апреля 2003 года, с внесенными поправками от 28 марта 2009 года (№ 92) и 17 апреля 2009 года (№ 125)
- Закон Кыргызской Республики «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике», № 112, от 18 октября 1999 года, с внесенными поправками 21 апреля 2003 года (№ 85) и 15 июля 2003 года (№ 149)
- Закон Кыргызской Республики «О психиатрической помощи и правах граждан на ее получение», № 60, от 17 июня 1999 года, с внесенными поправками 4 июля 2005 года (№ 10)
- Закон Кыргызской Республики «Закон о ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике», № 149, от 13 августа 2005 года
- Закон Кыргызской Республики «О донорстве крови и ее компонентов в Кыргызстане», № 96, от 2 июля 2007 года, с внесенными поправками от 30 декабря 2009 года (№ 96)
- Закон Кыргызской Республики «Об охране людей от туберкулеза», № 64, от 18 мая 1998 года, с внесенными поправками 31 июля 2006 года (№ 138)
- Закон Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их соблюдения», № 147, от 10 августа 2007 года
- Закон Кыргызской Республики «О профилактике йододефицитных заболеваний», № 40, от 18 февраля 2000 года
- Закон Кыргызской Республики «Об онкологической помощи населению», № 83, от 4 октября 2000 года
- Закон Кыргызской Республики «О наркотических веществах, психотропных веществах и продуктах», № 66, от 22 мая 1998 года, с внесенными поправками от 4 июня 1998 года (№ 90) и 20 марта 2010 года (№ 40)
- Закон Кыргызской Республики «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний», № 56, от 26 июня 2001 года, с внесенными поправками от 18 июня 2005 года (№ 77) и 30 июля 2005 года (№ 118).
- Закон Кыргызской Республики «Об общественном здравоохранении», № 248, от 24 июля 2009 года
- Закон Кыргызской Республики «Об основах технического регулирования в Кыргызской Республике», № 67, от 22 мая 2004 года, с внесенными поправками от 16 ноября 2009 года (№ 299)
- Закон Кыргызской Республики «О лицензировании», № 12, от 3 марта 1997 года, с внесенными поправками от 13 октября 2009 года (№ 270)
- Закон Кыргызской Республики «О гарантиях и бесплатном доступе к информации», № 89, от 5 декабря 1997 года, с внесенными поправками от 28 декабря 2006 года (№ 89)
- Закон Кыргызской Республики «О государственной статистике», № 40, от 26 марта 2007 года, с внесенными поправками от 27 марта 2009 года (№ 85)
- Закон Кыргызской Республики «О финансовых и экономических основах местного самоуправления», № 215, от 25 сентября 2003 года, с внесенными поправками от 28 января 2010 года (№ 15)



Закон Кыргызской Республики «О государственных закупках», № 69, от 24 мая 2004 года, с внесенными поправками от 20 июля 2009 года (№ 236)

Постановление Правительства «О Национальной программе реформирования здравоохранения “Манас Таалими”», № 100, от 16 февраля 2006 года

Постановление Правительства «О государственной лекарственной политике на 2007–2010 годы», № 11, от 12 января 2007 года

Постановление Правительства «О Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью в 2006 г.», № 4, от 30 января 2006 года

Постановление Правительства «Об утверждении Перечня жизненно необходимых лекарственных средств Кыргызской Республики», № 187, от 20 марта 2009 года

## **9.4 Методология и процесс подготовки обзоров «Системы здравоохранения: время перемен»**

Обзоры систем здравоохранения в переходный период (HiT) выпускаются экспертами стран в сотрудничестве с научными руководителями и сотрудниками обсерватории. Эти обзоры разрабатываются на основе единого формата, который периодически пересматривается, содержит подробные рекомендации, конкретные вопросы, определения, примеры и источники данных, необходимые для составления обзора. Несмотря на то что формат обзора включает полный набор вопросов, использовать его следует гибко, так чтобы авторы и редакторы обзора могли приспособить его к конкретным особенностям каждой отдельной страны. С последней версией формата можно ознакомиться по адресу в Интернете: <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-template-2010>.

При подготовке обзора из серии «Системы здравоохранения: время перемен» его авторы используют самые разные источники: данные национальной статистики, региональные и национальные программные документы, книги, научные работы. Кроме того, могут использоваться также международные источники – например, базы данных ОЭСР и Всемирного банка. В базе данных ОЭСР содержится более 1200 показателей по 30 странам – членам ОЭСР. Данные собирают на основании информации национальных бюро статистики и министерств здравоохранения. Всемирный банк предоставляет «Индикаторы мирового развития», которые также основаны на официальных источниках.

К информации и данным, полученным от местных экспертов, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения добавляет количественные данные, которые представляют собой совокупность стан-

дартных сравнительных показателей по каждой стране, взятых из Европейской базы данных «Здоровье для всех». В базе данных «Здоровье для всех» содержится более 600 показателей, установленных Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в целях мониторинга программы «Здоровье для всех» в Европе. Эта база данных обновляется дважды в год на основании сведений из различных источников – главным образом официальных данных, предоставляемых правительствами стран, а также данных медицинской статистики, которые собирают технические отделы Европейского регионального бюро ВОЗ. Стандартные данные из базы «Здоровье для всех» официально одобрены национальными правительствами. С июля 2008 г. в базу данных «Здоровье для всех» включаются данные по расширившемуся Евросоюзу, в состав которого входит 27 стран.

Авторам обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» рекомендуется подробно обсуждать содержащиеся в этом тексте сведения, в особенности в случае расхождений данных, полученных из различных источников.

Типовой обзор «Системы здравоохранения: время перемен» содержит 9 глав:

1. **Введение:** содержит описание общей ситуации в стране, включая географию и социодемографию, экономический и политический контексты, а также состояние здоровья населения.
2. **Организационная структура и управление:** дает представление о том, как организована система здравоохранения страны, и содержит описание ее основных участников и их полномочий, касающихся принятия решений; приводится историческая справка о развитии системы здравоохранения и описываются права и возможности пациентов.
3. **Финансирование:** содержит информацию об уровне расходов на здравоохранение, об охвате населения медицинским обслуживанием, о том, какие выгоды и льготы обеспечиваются населению, об источниках финансирования системы здравоохранения, о том, как собираются и распределяются ресурсы, о главных статьях расходов и о том, как оплачиваются услуги поставщиков.
4. **Планирование и регулирование.** В этой главе рассматривается процесс разработки политики в области здравоохранения и установления целей и приоритетов; анализируются вопросы взаимоотношений между ведомствами, при этом особое внимание уделяется их роли в регулировании и тому, что является предметом регулирования; опи-

сывается процесс оценки медицинских технологий, а также научно-исследовательская работа.

5. **Материальные и трудовые ресурсы:** рассматриваются вопросы планирования и распределения инфраструктуры и фондов; описываются различные системы, основанные на информационных технологиях, и вклад трудовых ресурсов в систему здравоохранения, в том числе информация о регистрации, подготовке, тенденциях и профессиональном росте.
6. **Предоставление медицинских услуг:** основное внимание уделяется маршруту пациентов в системе здравоохранения, организации и оказанию услуг здравоохранения, аспектам общественного здравоохранения, услугам первичной медико-санитарной помощи и вторичной медицинской помощи, скорой и неотложной медицинской помощи, дневному уходу, реабилитации, фармацевтической помощи, долговременной медицинской помощи, услугам по уходу на дому, паллиативной помощи, услугам по охране психического здоровья, стоматологической помощи, дополнительной и альтернативной медицине, а также медицинскому обслуживанию отдельных групп населения.
7. **Основные реформы в области здравоохранения:** обзор реформ, политических инициатив и организационных преобразований, которые оказали существенное влияние на здравоохранение.
8. **Оценка системы здравоохранения:** дается оценка системы здравоохранения, основанная на анализе заявленных целей системы здравоохранения, системе распределения выгод и затрат среди населения, эффективности распределения ресурсов, эффективности оказания медицинских услуг, их качества, а также вклада системы здравоохранения в улучшения состояния здоровья населения.
9. **Заключение:** отмечается тот опыт, который был получен в результате изменений в системе здравоохранения, а также краткое описание имеющихся проблем и перспектив на будущее.
10. **Приложения:** включает библиографию, полезные ссылки в Интернете и ссылки на законодательство.

Поскольку обзоры служат для информирования разработчиков политики и используются для метаанализа, их качеству придается приоритетное значение. Процесс написания и редактирования сопровождается многочисленными консультациями и включает в себя несколько этапов, за которыми следуют:

- Окончательная тщательная проверка (см. следующий раздел).

- Дальнейший контроль качества, при котором особое внимание уделяется техническому редактированию и корректуре.
- Распространение (в виде печатных копий, электронных изданий, переводов и проведения презентаций). На протяжении всего производственного процесса редактор тесно сотрудничает с авторами, оказывая им необходимую помощь, тем самым гарантируя эффективность процесса на всем его протяжении.

Один из авторов является также сотрудником обсерватории, в чьи обязанности входит оказание помощи другим авторам в процессе написания и подготовки обзора. Сотрудники обсерватории проводят необходимые консультации, которые обеспечивают эффективность процесса на всем его протяжении и гарантируют, что обзоры соответствуют стандартам серии и могут способствовать как принятию решений на национальном уровне, так и проведению сравнительного анализа между странами.

## 9.5 Проверка и рецензирование обзоров

Этот процесс включает в себя три этапа. Сначала текст обзора проверяют, оценивают и утверждают научные директора Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Затем его направляют на рецензирование двум независимым научным экспертам и, в соответствии с их поправками и замечаниями, вносят в текст небольшие изменения. После этого обзор передают в соответствующее министерство здравоохранения или другой уполномоченный орган, где ответственные лица, в рамках своих компетенций, проверяют его на предмет наличия в нем фактических ошибок.

## 9.6 Сведения об авторах

**Айнура Ибраимова** – консультант Европейского регионального бюро ВОЗ, и также заместитель директора проекта «Качество улучшения здоровья населения в Центрально-Азиатском регионе», который внедряется Abt Associates и финансируется ЮСАИД. Ранее она занимала пост директора ФОМС и была заместителем министра здравоохранения в Кыргызстане.

**Бактыгуль Акказиева** – директор Общественного фонда «Центр анализа политики здравоохранения», она экономист, и в ее интересы входят такие области, как финансирование системы здравоохранения и политика системы здравоохранения. Она получила степень магистра в области общественного здравоохранения и менеджмента здравоохранения в Гейдельбергском университете, Департамент тропической гигиены и общественного здравоохранения.

**Айбек Ибраимов** – аналитик Общественного фонда «Центр анализа политики здравоохранения», в его интересы входят такие области, как предоставление медицинских услуг. Он получил степень медицинского доктора в Кыргызской медицинской академии, а также позже получил степень кандидата медицинских наук в Новосибирском медицинском институте.

**Элина Манжиева** – бывший аналитик Общественного фонда «Центр анализа политики здравоохранения». В настоящее время – аспирант в Университете Джона Хопкинса, США.

**Бернд Речел** – научный сотрудник Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и почетный старший преподаватель Лондонской школы гигиены и тропической медицины.

## «Системы здравоохранения: время перемен»

### Публикации Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

**К**аждый обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен» содержит всесторонний анализ системы здравоохранения той или иной страны и ее реформ – как тех, которые уже реализуются, так и находящихся в стадии разработки. Цель составления этих обзоров заключается в том, чтобы предоставить организаторам здравоохранения и аналитикам сравнительную информацию, необходимую им для совершенствования систем здравоохранения и разработки реформ в странах Европейского региона и за его пределами. Обзоры систем здравоохранения дают возможность:

- подробно изучить различные методы организации, финансирования и предоставления медицинских услуг;
- четко описать содержание, процессы подготовки и реализации программ реформ систем здравоохранения;
- обозначить наиболее важные проблемы в области здравоохранения, а также те элементы, которые требуют более глубокого изучения;
- предоставить руководителям и аналитикам стран Европейского региона ВОЗ возможность поделиться сведениями о системах здравоохранения и обменяться опытом по стратегии их реформ.

### Как получить обзор из серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Все обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» доступны в формате pdf на сайте [www.euro.who.int/observatory.eu](http://www.euro.who.int/observatory.eu), где можно также подписаться на нашу ежемесячную рассылку новостей о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, в том числе на новые обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен», издания, выпускаемые нами совместно с издательством Open University Press, краткие рекомендации по выработке политики, газету EuroObserver и журнал Eurohealth. Печатные экземпляры обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» можно заказать по адресу:

[info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)

**Публикации  
Европейской  
обсерватории  
по системам и политике  
здравоохранения  
помещены на сайте  
[www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)**



## Опубликованные в настоящее время обзоры серии «Системы здравоохранения: время перемен»

Австралия (2002, 2006)  
Австрия (2001<sup>e</sup>, 2006<sup>e</sup>)  
Азербайджан (2004<sup>g</sup>, 2010<sup>g</sup>)  
Албания (1999, 2002<sup>a,g</sup>)  
Андорра (2004)  
Армения (2001<sup>g</sup>, 2006)  
Беларусь (2008<sup>q</sup>)  
Бельгия (2000, 2007)  
Болгария (1999, 2003<sup>b</sup>, 2007)  
Босния и Герцеговина (2002<sup>g</sup>)  
Бывшая Югославская Республика  
Македония (2000, 2006)  
Венгрия (1999, 2004)  
Германия (2000<sup>e</sup>, 2004<sup>e,g</sup>)  
Грузия (2002<sup>d,g</sup>, 2009)  
Дания (2001, 2007<sup>q</sup>)  
Израиль (2003, 2009)  
Исландия (2003)  
Испания (2000<sup>h</sup>, 2006)  
Ирландия (2009)  
Италия (2001, 2009)  
Казахстан (1999<sup>g</sup>, 2007<sup>q</sup>)  
Канада (2005)  
Кипр (2004)  
Кыргызстан (2000<sup>g</sup>, 2005<sup>g</sup>)  
Латвия (2001, 2008)  
Литва (2000)  
Люксембург (1999)  
Мальта (1999)  
Монголия (2007)  
Нидерланды (2004<sup>g</sup>, 2010)  
Новая Зеландия (2001)  
Норвегия (2000, 2006)  
Польша (1999, 2005<sup>k</sup>)  
Португалия (1999, 2004, 2007)  
Республика Корея (2009)

Республика Молдова (2002<sup>g</sup>, 2008<sup>q</sup>)  
Российская Федерация (2003<sup>g</sup>)  
Румыния (2000<sup>f</sup>, 2008)  
Словакия (2000, 2004)  
Словения (2002, 2009)  
Соединенное Королевство Великобри-  
тании и Северной Ирландии (1999<sup>g</sup>)  
Таджикистан (2000, 2010<sup>q</sup>)  
Туркменистан (2000)  
Турция (2002<sup>g,i</sup>)  
Узбекистан (2001<sup>g</sup>, 2007<sup>q</sup>)  
Украина (2004<sup>g</sup>)  
Финляндия (2002, 2008)  
Франция (2004<sup>e,g</sup>)  
Хорватия (1999, 2007)  
Чешская Республика (2000, 2005<sup>g</sup>, 2009)  
Швейцария (2000)  
Швеция (2001, 2005)  
Эстония (2000, 2004<sup>g,i</sup>, 2008)  
Япония (2009)

### Ключи

Все обзоры серии «Системы здравоохранения:  
время перемен» доступны на английском языке.  
В тех случаях, когда это указано, они доступны  
также на других языках:

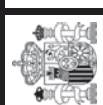
<sup>a</sup> албанский  
<sup>b</sup> болгарский  
<sup>c</sup> французский  
<sup>d</sup> грузинский  
<sup>e</sup> немецкий  
<sup>f</sup> румынский  
<sup>g</sup> русский  
<sup>h</sup> испанский  
<sup>i</sup> турецкий  
<sup>j</sup> эстонский  
<sup>k</sup> польский







.be



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Ирландии, Испании, Нидерландов, Норвегии, Швеции, Финляндии, Швеции, итальянским регионом Венето, Европейской комиссией, Европейским инвестиционным банком, Всемирным банком, Французским национальным союзом фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонской школой экономической и политических наук и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

«Системы здравоохранения: время перемен» — это всесторонние обзоры, созданные по единым стандартам и позволяющие проводить сравнения систем здравоохранения разных стран. Обзоры освещают как современное состояние, так и начавшиеся и будущие реформы систем здравоохранения.