

Vol. 7 No. 2 2005

European
Observatory
on Health Systems and Policies



Health Care Systems in Transition

Кыргызстан

Системы здравоохранения в переходный период

Авторы:

Адилет-Султан Мейманалиев
Айнура Ибраимова
Болот Элебесов
и **Bernd Rechel**

Под редакцией:

Bernd Rechel
и **Martin McKee**

Кыргызстан

2005



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, областью Венето Италии, Европейским инвестиционным банком, Институтом открытого общества, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политологии и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Ключевые слова

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ОЦЕНКЕ
ФИНАНСИРОВАНИЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПЛАНЫ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – организация и управление
КЫРГЫЗСТАН**

© Всемирная организация здравоохранения 2005, от имени Европейской обсерватории по системам и политике в области здравоохранения

Все права зарегистрированы. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения приветствует запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод своих публикаций.

Пожалуйста, направляйте запросы относительно публикации по адресу:

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

для получения копий публикаций: publicationrequests@euro.who.int

для получения разрешения на их воспроизведение: permissions@euro.who.int

для получения разрешения на их перевод: pubrights@euro.who.int

Взгляды, выраженные авторами или редакторами, не обязательно представляют решения либо заявленную политику Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или кого-либо из ее партнеров.

Используемые обозначения и представление материала в данной публикации не подразумевают выражения какого бы то ни было мнения со стороны Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения или кого-либо из ее партнеров относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или местности либо соответствующих властей, либо относительно делимитации их границ или рубежей. Там, где обозначение «страна или область» используется в названиях таблиц, оно охватывает страны, территории, города или области. Пунктирные линии на картах представляют приблизительные линии границ, по которым еще не достигнута полная договоренность.

Упоминание конкретных компаний или продуктов определенных производителей не подразумевает того, что они одобрены или рекомендованы Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения в знак предпочтения по отношению к другим не упомянутым в данной публикации продуктам и производителям, носящим сходный характер, но за исключением ошибок и пропусков собственные названия продуктов выделяются заглавными буквами.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения не гарантирует того, что информация, содержащаяся в данной публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой бы то ни было вред, понесенный в результате ее использования.

Рекомендуемое цитирование:

Мейманалиев А-С, Ибраимова А, Элебесов Б, Речел Б. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005.

Содержание

Предисловие	v
Благодарность	vii
Вводная часть и историческая справка	1
Вводный обзор	1
Историческое развитие служб здравоохранения	14
Организационная структура и управление	19
Организационная структура системы здравоохранения	19
Планирование, регулирование и управление	23
Децентрализация системы здравоохранения	26
Финансирование и расходы на здравоохранение	29
Основная система финансирования и охват медицинскими услугами	29
Пакет медицинских услуг	40
Расходы на здравоохранение	47
Система предоставления услуг	59
Первичная медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение	61
Вторичная и третичная помощь	69
Социальная помощь	75
Человеческие ресурсы и обучение	81
Оценка лекарственных средств и медицинских технологий	88
Распределение финансовых ресурсов	93
Бюджетный механизм третьей стороны и распределение ресурсов	93
Расчёты с поставщиками	97
Реформы здравоохранения в стране	103
Цели и задачи	103
Содержание реформ и законодательство	104
Осуществление реформы	107
Выводы	115
Приложение	119
Использованная литература	123
Библиография	129

**Европейская обсерватория по системам и политике
здравоохранения:**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Бельгии

Правительство Греции

Правительство Испании

Правительство Норвегии

Правительство Финляндии

Правительство Швеции

Область Венето Италии

Европейский инвестиционный банк

Институт открытого общества

Всемирный банк

Лондонская школа экономики и политологии

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Предисловие

Очерки «Системы здравоохранения в переходный период» (HiT) представляют собой страновые отчёты, в которых даётся аналитическое описание системы здравоохранения, а также осуществляемых или планируемых инициатив по реформированию. HiT являются ключевым элементом работы Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Целью HiT является предоставление соответствующей сравнительной информации разработчикам политики и аналитикам в сфере развития систем здравоохранения в Европе. Очерки HiT – это строительный материал, который может использоваться:

- для детального изучения различных подходов к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- для описания процесса, содержания и реализации программ по реформированию здравоохранения;
- для выявления общих трудностей и областей, требующих более глубокого анализа;
- в качестве инструмента для распространения информации о системах здравоохранения и обмена опытом о стратегиях реформирования между разработчиками политики и аналитиками в разных странах.

Очерки HiT готовятся местными экспертами стран в сотрудничестве с научными директорами и специалистами Обсерватории. Для того, чтобы облегчить сопоставимость между странами, очерки в качестве основы используют стандартный формат и вопросник, которые периодически пересматриваются. В вопроснике представлены детализированные руководства и конкретные вопросы, определения и примеры, необходимые для составления

HiT. Это гибкое руководство позволяет авторам учитывать национальный контекст их стран.

Составление очерков HiT связано с большим числом методологических проблем. Во многих странах имеется относительно мало информации о системе здравоохранения и влиянии реформ. В связи с отсутствием единого источника данных количественные данные об услугах здравоохранения основываются на ряде различных источников, включая базу данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех», данных о здравоохранении Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и данных Всемирного банка. Методы сбора данных и определения иногда отличаются, но, как правило, одинаковы в рамках каждого конкретного показателя.

Очерки HiT являются источником описательной информации о системах здравоохранения. Они могут использоваться для ознакомления разработчиков политики здравоохранения с опытом других стран, который может быть полезен для ситуации в их стране. Они также могут использоваться для проведения сравнительного анализа систем здравоохранения. Серия HiT проводится на постоянной основе: материал обновляется через регулярные промежутки времени. Комментарии и предложения по дальнейшему развитию и улучшению очерков HiT в высшей мере приветствуются и могут направляться по электронному адресу info@obs.euro.who.int. Очерки и аннотации HiT, а также глоссарий терминов, используемых в очерках, доступны на веб-сайте Обсерватории по адресу: <http://www.euro.who.int/observatory>.

Благодарность

Очерк НТ по Кыргызстану написан Адилет-Султаном Мейманалиевым (Американский Университет в Центральной Азии), Айнурой Ибраимовой (Заместитель министра здравоохранения, Генеральный директор Фонда обязательного медицинского страхования), Болотом Элебесовым (Заместитель генерального директора Фонда обязательного медицинского страхования) и Bernd Rechel (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения). Очерк был отредактирован Bernd Rechel и Martin McKee (Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения).

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения выражает признательность Joe Kutzin (региональный советник Европейского регионального бюро ВОЗ по вопросам финансирования здравоохранения), Sarbani Chakraborty (Всемирный банк) и Tobias Schüth (Швейцарский красный крест) за рецензирование отчета, а также Министерству здравоохранения Кыргызской Республики и Национальному статистическому комитету Кыргызстана за оказанную поддержку.

Настоящая серия очерков «Системы здравоохранения в переходный период» была подготовлена научными директорами и специалистами Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнёрство между Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, областью Венето Италии, Европейским инвестиционным банком, Институтом открытого общества, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политологии и Лондонской Школой гигиены и тропической медицины.

Команду Обсерватории, ведущую работу над очерками НiТ, возглавляет Josep Figueras, глава секретариата, и научные директора: Martin McKee, Elias Mossialos и Richard Saltman.

Техническую координацию оказала Susanne Grosse-Tebbe, а производством и версткой руководила Francine Raveney при поддержке Shirley и Johannes Frederiksen (дизайн) и Janet Barber (верстка). Административную поддержку в подготовке очерка НiТ по Кыргызстану оказали Caroline White и Pieter Herroelen.

Особая благодарность Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление базы данных «Здоровье для всех», из которой были взяты данные о медицинских услугах; ОЭСР – за данные о медицинских услугах в странах Западной Европы; и Всемирному банку – за данные о расходах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Также за предоставленные данные выражается благодарность национальным статистическим службам

Данный документ и включенные данные отражают ситуацию на апрель 2005 года.

Вводная часть и историческая справка

Вводный обзор

Общие сведения

Кыргызстан – центрально-азиатское государство, обретшее независимость после распада Союза Советских Социалистических Республик (СССР) в августе 1991 года. Страна имеет общую границу с Казахстаном на севере, Узбекистаном на западе, Таджикистаном на юге и Китаем на востоке. Территория государства составляет 199 900 км². Столица государства – город Бишкек – расположена недалеко от северной границы.

Кыргызстан – горная страна. Почти 90% территории лежит выше 1 500 м над уровнем моря. Средняя высота составляет 2 750 м, высочайшая точка 7 439 м (пик Победы), нижайшая – 394 м (на юго-западе страны). Вследствие преобладающего горного рельефа население в основном расселено в долинах рек и вдоль побережья озер. Средняя плотность населения составляет 25 чел/км². Климат континентальный. Среднегодовая температура 10–13°С в низкогорье и -8°С – в высокогорье (1).

На конец 2003 года население страны составляло 5,01 миллионов человек, большинство которого (65,2%) проживало в сельской местности. Кыргызстан – государство многонациональное. Основными этническими группами являются кыргызы (67,4%), узбеки (14,2%) и русские (10,3%), оставшиеся 8,5% населения включают большое число немногочисленных представителей других национальностей (2). Кыргызский, а с мая 2000 года и русский являются двумя официальными языками государства. Основными

религиями являются ислам суннитского толка и православие, но формально государство светское.

График 1. Карта Кыргызской Республики



Источник: Картографический отдел ООН.

Политическая структура

31 августа 1991 года Верховный Совет Кыргызстана проголосовал за независимость от СССР. Шестью неделями позже Аскар Акаев был переизбран президентом нового государства. В декабре 1991 года Кыргызстан стал членом Содружества Независимых Государств (СНГ). Новая Конституция была принята 5 мая 1993 года, в которую после вносились поправки. Конституция определяет Кыргызстан как суверенную, унитарную, демократическую республику, основанную на принципах правового светского государства.

В январе 1995 года Акаев был вновь избран президентом на очередной 5-летний срок. Референдумы в феврале 1996 года и в октябре 1998 года зна-

чительно расширили полномочия президента и укрепили президентскую форму правления. Акаев был избран президентом на третий срок в октябре 2000 года. На референдуме в феврале 2003 года были приняты конституционные изменения и подтвержден последний срок Акаева на посту президента.

Парламентские выборы, состоявшиеся в феврале 2005 года, были признаны Организацией по Безопасности и Сотрудничеству в Европе (ОБСЕ) не соответствующими международным стандартам и вызвали массовые демонстрации, повлекшие за собой череду событий, приведших к отставке президента Акаева в апреле 2005 года. Новые президентские выборы запланированы на июнь 2005 года, однако, политическая ситуация оставалась неясной на момент написания отчета (апрель 2005 года).

Парламент (Жогорку Кенеш), созданный после независимости, состоял из 350 членов. После референдума 1995 года его структура была преобразована в двухпалатный орган из 105 членов, состоящий из Собрания народных представителей и Законодательного собрания. Собрание народных представителей имело 70 членов, работавших сессионно и представлявших интересы регионов. Законодательное собрание состояло из 35 членов, работавших круглый год и представлявших интересы всего населения страны. Структура парламента была вновь изменена в 1999 году. Собрание народных представителей было сокращено до 45 членов, а число депутатов Законодательного собрания было увеличено до 60, 45 из которых избиралось непосредственно, а 15 – по партийным спискам. После парламентских выборов 2005 года парламент станет однопалатным органом, состоящим из 75 депутатов, избираемых сроком на 5 лет по одномандатным избирательным округам. В стране свыше 30 политических партий.

Исполнительную власть представляют Правительство КР, работающее через подчинённые ему министерства, государственные комитеты и административные ведомства, и местная государственная администрация. Правительство КР возглавляет премьер-министр, назначаемый президентом. Оно включает министров и председателей государственных комитетов. Местные государственные администрации в областях и районах возглавляют акимы (губернаторы), назначаемые президентом сроком на четыре года. В 1996 году президент создал новый Совет безопасности в качестве кабинета министров в узком составе. В отличие от кабинета министров в широком составе он не подотчетен парламенту.

Прокуратура осуществляет контроль за исполнением законодательных актов КР и осуществляет уголовное преследование в судах. Высшими органами судебной власти являются Конституционный суд и Верховный суд.

Судьи Конституционного и Верховного судов избираются Жогорку Кенешем по представлению Президента сроком на 10 лет. Судьи местных судов назначаются Президентом с согласия Жогорку Кенеша сроком на 7 лет. После независимости в сельской местности возник новый институт судов аксакалов (седобородых старцев), который обрел законный статус в 1995 году. Аксакалы занимаются урегулированием споров о границах земельных участков, делами о разводах и разделе собственности, домашнем насилии, краже скота и иными разногласиями местного уровня. Они работают в рамках законодательства, и их решения могут быть обжалованы в соответствующих судах районного или городского уровня. Арбитражные суды существовали вплоть до 2003 года, когда они были упразднены после референдума. Высший Арбитражный суд КР стал коллегией (департаментом) Верховного суда КР по надзору в соответствии с Арбитражным процессуальным кодексом и Законом «О банкротстве (несостоятельности)». Бывшие арбитражные суды подлежат интегрированию в структуру местных судов общей юрисдикции.

Органы местного самоуправления представлены местными кенешами (советами) и исполнительно-распорядительными органами местного самоуправления (в том числе мэрии). Депутаты местных кенешей избираются сроком на 5 лет; главы местного самоуправления – сроком на 4 года. Существует три территориальных уровня местных кенешей: сельский, поселковый и городской (районов и областей). Органы местного самоуправления занимаются делами местного значения.

Страна поделена на 7 областей (Баткенскую, Джалал-абадскую, Иссык-кульскую, Нарынскую, Ошскую, Таласскую и Чуйскую области). Столица – г. Бишкек – и г. Ош являются отдельными административными территориями, приравненными к области. Области поделены на 40 районов.

Кыргызстан является членом Организации Объединенных Наций и нескольких региональных организаций: Содружества независимых государств (СНГ), Шанхайской организации сотрудничества (ШОС), Евразийского экономического сообщества (вместе с Российской Федерацией, Беларусью, Казахстаном и Таджикистаном) и Центрально-Азиатского экономического сообщества (вместе с Казахстаном, Узбекистаном и Таджикистаном). В октябре 1998 года Кыргызстан стал первой страной СНГ, вступившей во Всемирную торговую организацию (ВТО).

Демография и здоровье

Несмотря на масштабную эмиграцию в целом население Кыргызстана росло на протяжении 1990-х гг., поскольку рождаемость была по-прежнему

много выше смертности. Население увеличилось с 4,46 миллионов человек в 1991 году до 5,01 миллионов человек в 2003 (3). Население страны молодое: 34,5% составляют дети и подростки, 57% – люди трудоспособного возраста и 8,5% – люди старше трудоспособного возраста. Официальный уровень грамотности взрослого населения очень высок – 98,7% (2).

Последние 15 лет наблюдалось снижение рождаемости: между 1991 и 2003 годами показатель рождаемости сократился почти на одну треть – с 29,1 до 20,9 на 1000 человек. Тенденция к уменьшению началась в 1988 году, вероятнее всего, как общая реакция на ухудшающуюся социально-экономическую ситуацию, повсеместно наблюдавшуюся в СССР. Достигнув низшей точки в 2000 году, показатель рождаемости начал расти, и тенденция роста должна продолжиться, так как в фертильный возраст входят девочки, родившиеся в 1980-е гг., когда наблюдался рост рождаемости (2). Так же, как и в других странах бывшего Советского Союза, показатель смертности рос до 1994 года, когда он достиг своего высшего значения – 8,3 на 1000 человек, однако после он начал снижаться.

Таблица 1. Демографические показатели, 1991–2003

Показатели	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Среднегодовая численность населения (млн. чел.)	4,46	4,52	4,51	4,51	4,56	4,63	4,67	4,77	4,84	4,88	4,93	4,97	5,01
Число родившихся на 1000 чел.	29,1	28,6	26,1	24,6	26,0	23,6	22,0	22,2	21,6	19,7	19,8	20,2	20,9
Число умерших на 1000 чел.	6,9	7,2	7,7	8,3	8,2	7,6	7,4	7,4	6,8	6,9	6,6	7,1	7,1

Источники: (4–6).

Широкомасштабная эмиграция в начале 1990-х привела к временному уменьшению численности населения в 1993 и 1994 годах. Максимальный отток населения пришёлся на 1993 год (121 тысяча человек), когда из страны на свою историческую Родину выехали этнические русские, евреи и немцы. В середине 1990-х интенсивность эмиграции снизилась, но возобновилась вновь в 1999 году после вторжения религиозных боевиков на юг страны. В структуре эмиграции русские остаются основным источником эмиграции (57%), за ними следуют украинцы, немцы, кыргызы (по 6–8%) и казахи, узбеки и татары (по 4%). Свыше 70% эмиграции приходится на Чуйскую область и Бишкек, куда также направлены внутренние миграционные потоки (2).

Таблица 2. Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Оба пола	68,8	65,9	66,6	66,9	67,1	68,7	68,5	68,7	68,1	68,2
Женщины	72,7	70,4	70,1	71,4	71,2	72,6	72,4	72,6	72,1	72,5
Мужчины	64,6	61,4	62,3	62,6	63,1	64,9	64,9	65,0	64,4	65,0

Источники: (4, 5).

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Кыргызстане имела тенденцию, очень схожую с той, что наблюдалась в целом по странам бывшего СССР (7). Продолжительность жизни снижалась с 1991 года, показывая признаки улучшения после 1994 год. Тем не менее, этот показатель все еще не вернулся к уровню 1991 года. В 2001 году продолжительность жизни была почти на 10 лет ниже по сравнению со странами Европейского Союза (ЕС): 68,66 лет в Кыргызстане против 78,21 лет в ЕС (3). Как и в других странах бывшего СССР, имеется существенная разница в показателях средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении между полами. В 2003 году родившиеся девочки могли рассчитывать в среднем на 72,5 года жизни, тогда как мальчики – лишь на 65 лет, или на 7,5 лет меньше.

Согласно официальной статистике регистрации смертей, болезни сердечно-сосудистой системы являются основной причиной смертности. В 2003 году в структуре смертности болезни системы кровообращения составили 47,1%, болезни дыхательной системы 12,7%, травмы и отравления 10,2%, новообразования (рак) 8,7%, болезни системы пищеварения 5,9%, инфекционные и паразитарные болезни 3,5% и прочие причины 11,9% (4).

Таблица 3. Младенческая смертность на 1000 живорождений

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Официальная статистика	29,7	31,5	31,9	29,1	28,1	25,9	28,2	26,1	22,7	22,6	21,7	21,2	20,9
Оценка Всемирного банка	-	65,6	-	-	62	-	60	-	-	57	52	-	-

Источники: (3–5, 8).

Младенческая смертность, согласно данным официальной статистики, снизилась за последнее десятилетие, составив 20,9 на 1000 живорожденных в 2003 году. Тем не менее, следует отметить серьезную озабоченность, которая высказывается в отношении качества официальной статистики по младенческой и детской смертности во всех центрально-азиатских государствах. Существует три главных фактора, которые приводят к расхождению между

официальным данными и оценками международных организаций: продолжающееся использование советского определения живорождения (несмотря на официальное принятие определения живорождения, сформулированного Всемирной организацией здравоохранения); неверная отчетность, предоставляемая медицинским персоналом; не регистрация населением случаев рождения и смерти детей в государственных органах (9). Вместе эти факторы способствуют тому, что реальная ситуация с младенческой смертностью в стране показывается заниженной. Например, общенациональная оценка младенческой смертности по результатам Медико-демографического исследования (МДИ), составила 61 на 1000 живорожденных за период 1992-97 гг., что вдвое превышает официальную оценку в 29 на 1000 живорожденных за период 1993-96 гг.. Имеются существенные различия между разными группами населения. Согласно данным исследования, младенческая смертность в беднейшей квинтильной группе в 1997 году составила 83,3 на 1000 живорожденных, что вдвое выше, чем в богатейшем квинтиле, в котором этот показатель составил 45,8 на 1000 живорожденных (10). В Таблице 3 показано, что оценка показателя младенческой смертности Всемирного банка, полученная из данных исследований, постоянно выше данных официальной статистики. Если оценка Всемирного банка отражает реальную ситуацию, то средняя ожидаемая продолжительность жизни в Кыргызстане ниже на два года (11). Вслед за принятием Кыргызстаном критериев живорождения ВОЗ в 2004 году младенческая смертность за 10 месяцев 2004 года выросла на 21% по сравнению за такой же период за предыдущий год (по предварительным данным Республиканского медико-информационного центра).

По официальным данным, структура младенческой смертности следующая: перинатальные причины (44,9%), болезни дыхательной системы (29,2%) инфекционные и паразитарные болезни (6,7%), врожденные аномалии (11,8%) и прочие причины (7,4%). Однако, ввиду недорегистрации и неправильной регистрации случаев младенческой смертности, к этим данным следует относиться с осторожностью.

Таблица 4. Материнская смертность

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Материнская смертность на 100 000 живорожденных	76,4	67,4	65,0	76,4	54,7	46,1	46,5	49,9	58,4	53,1

Источники: (4,6).

Согласно, официальной статистике, материнская смертность также снизилась за последнее десятилетие. Показатель материнской смер-

ности составил 53,1 на 100 000 живорожденных в 2003 году против 76,4 на 100 000 живорожденных в 1991, что значительно выше среднего показателя по странам ЕС (менее 10 на 100 000 живорожденных). Однако, так же, как и в случае с младенческой смертностью, фактическая материнская смертность может быть гораздо выше. Оценка Фонда помощи детям ООН (ЮНИСЕФ) уровня материнской смертности в 2000 году составила 110 на 100 000 живорожденных – в два раза выше официального показателя за тот же год (12).

Несмотря на то, что в структуре общей смертности инфекционные и паразитарные заболевания составляют 3,5%, заболеваемость этими болезнями резко возросла. Так, заболеваемость туберкулезом выросла больше, чем вдвое между 1991 и 2003 годами: с 56,5 на 100 000 населения до 138,2 на 100 000 человек. Широко распространены устойчивые к лекарствам формы туберкулеза, и считается, что пенитенциарная система вносит существенный вклад в распространение болезни (13).

Таблица 5. Инфекционные заболевания

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Заболеваемость туберкулезом на 100 000 человек ^а	56,5	73,3	87,5	112,6	108,9	131,8	150,9	135,1	145,8	138,2
Число новых случаев ВИЧ ^б	0	2	2	2	6	10	16	149	160	132
Заболеваемость сифилисом на 100 000 человек	2,0	73,6	164,7	167,8	144,2	110,8	87,5	60,6	53,8	48,2

Источники: (3–6).

Примечания: ^а Данные о случаях заболеваемости туберкулезом включают данные по пенитенциарной системе с 1999 года; ^б Данные о числе новых случаях ВИЧ предоставлены Республиканским объединением «СПИД» и включают все зарегистрированные случаи как среди граждан Кыргызстана, так и среди иностранных граждан.

Заболеваемость инфекциями, передающимися половым путём также резко возросла. Например, заболеваемость сифилисом выросла с 2,0 на 10-0 000 человек в 1991 году до 48,2 на 100 000 в 2003 году. Пиковое значение в 167,8 на 100 000 человек приходится на 1997 год, хотя последующий спад может быть частично обусловлен недорегистрацией либо увеличившимся лечением в частном секторе. Точно так же тенденция к снижению в заболеваемости гонореей (с 55,5 на 100 000 человек в 1991 году до 27,4 на 100 000 человек в 2003 году) не отражает реальной ситуации из-за частых случаев самолечения и лечения в частных и немедицинских учреждениях. Также растёт заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, «нового поколения» – хламидиозами, гарднереллёзом и микоплазмозом (14).

Хотя абсолютное число официально зарегистрированных случаев ВИЧ по-прежнему низкое, начиная с 2001 года наблюдается экспоненциальный

рост заболевания. Страна все еще находится на ранней стадии эпидемии ВИЧ/СПИД, однако имеются факторы, создающие условия для ее резкого роста: широкое распространение использования шприцевого ввода наркотиков, миграция, широко практикуемый коммерческий секс, маргинализация уязвимых групп и низкая осведомленность общественности о ВИЧ/СПИД (15).

Случаи заболевания малярией были редкими до 2002 года, когда было зарегистрировано резкое увеличение случаев болезни, который объясняется усилившейся миграцией в южные регионы страны из Афганистана (6). В 2002 году было зарегистрировано 2 744 случая болезни, хотя в 2003 году число случаев упало до 463 (4). Вирусные гепатиты также представляют проблему, особенно на юге страны. Кроме того, высока распространенность заражения вирусным гепатитом В среди медицинского персонала, имеющего контакт с больными (16).

В последние годы также выросла заболеваемость паразитарными заболеваниями. Заболеваемость бруцеллезом и эхинококкозом увеличилась вдвое (с 14,7 на 100 000 человек в 1991 году до 50,3 на 100 000 человек в 2003 году и с 6,0 на 100 000 человек в 1992 году до 11,6 на 100 000 населения в 2000 году соответственно). Предполагается, что данный рост обусловлен экономическими трудностями и, в частности, плохим состоянием ветеринарной службы (14).

Как страна, не имеющая выхода к морю, Кыргызстан особенно подвержен йододефициту, если не проводится йодирования соли. Показатели йододефицита резко выросли. Выборочные обследования показывают, что 52% детей и подростков в северных регионах имеют определенные признаки нехватки йода, в то время как в южных регионах эта цифра достигает 87% (16). Число зарегистрированных случаев йододефицитных состояний выросло с 5 260 в 1995 году до 109 435 – в 2003. Как и в других частях Центрально-Азиатского региона, нехватка йода распространена среди женщин, главным образом ввиду патриархального образа распределения еды в семьях. Медико-демографическое исследование 1997 года выявило, что свыше 60% женщин фертильного возраста (включая 90–95% беременных женщин), а также 50% детей в возрасте до 3 лет страдают анемией. В 2003 году число зарегистрированных случаев анемии составило 95 385 (4).

Также возросло число случаев алкоголизма и наркотической зависимости. За последние 5 лет потребление алкоголя в стране увеличилось на 28%, а смертность вследствие злоупотребления алкоголем возросла на 130%. Число алкогольных психозов выросло в 4 раза (16). Число заболеваний, связанных с употреблением наркотиков, в республике выросло почти в 4 раза за по-

следние десять лет (16). Увеличилось употребление опиума (а с недавнего времени и героина) по сравнению с употреблением гашиша. В отличие от ситуации в других частях Азии в 95% случаев опиум употребляется внутривенно – фактор, связанный с резкой вспышкой распространения ВИЧ-инфекции среди шприцевых наркоманов в южных регионах республики, начиная с 1999 года (16).

Все большее внимание получает проблема насилия в отношении женщин. За последние три года около 30 000 женщин обратились в десять кризисных центров в стране, ища поддержки после различных форм насилия. Некоторые источники также описывают проблему трафика, называя оценочную цифру почти в 4 000 женщин Кыргызстана, ежегодно становящихся жертвами торговли людьми (16).

Экономика

В советское время республика поддерживалась значительными субсидиями (до 25% национального дохода) из Москвы. Ее роль в советском разделении труда, как и роль большинства центрально-азиатских стран, заключалась в производстве сырья и материалов. После распада СССР и отхода от центрального планирования страна столкнулась с глубоким экономическим спадом и гиперинфляцией. Во всех центрально-азиатских республиках реальное производство в 1999 году было ниже, чем десятилетие назад, а неравенство и бедность выросли (17). Для преодоления экономических трудностей Кыргызстан взял твердый курс на либерализацию и с 1994 года начал тесное сотрудничество со Всемирным банком и Международным валютным фондом.

Цены и торговля были либерализованы в течение 1992–1996 годов. Была осуществлена приватизация: в 1991–1993 и 1994–1995 годах. В 1992 году была создана двухзвенная банковская система, в которой Национальный банк выполнял роль центрального банка и было создано несколько акционерно-коммерческих банков. В том же году была начата реформа системы налогообложения. Была разработана законодательная база, необходимая для рыночной экономики.

Таблица 6: Макроэкономические показатели, 1993–2003

Показатели	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ВВП (млн. сомов)	5 355	12 019	16 145	23 399	30 686	34 181	48 744	65 358	73 883	75 240	83 421
Темп прироста реального ВВП (%)	-15,5	-20,1	-5,4	7,1	9,9	2,1	3,7	5,4	5,3	-0,5	6,7
Инфляция (% Δ в ИПЦ на конец периода)	929,9	62,1	32,1	34,8	13,0	16,8	39,9	9,6	3,7	2,3	5,6
Дефицит бюджета (% ВВП)	-7,1	-7,7	-11,5	-5,4	-5,2	-3,0	-2,5	-2,0	0,4	-1,0	-0,8
ВВП в долл. США на душу нас. (при ср. обм. курсе)	234	244	325	392	374	340	255	279	308	315	377

Источник: Национальный статистический комитет для данных о ВВП, инфляции и дефиците бюджета. Всемирный банк 2003 (18) для темпа прироста реального ВВП, дефицита бюджета и ВВП в долл. США на душу населения.

Национальная валюта – кыргызский сом – была введена 10 мая 1993 года. Жёсткая фискальная и денежно-кредитная политика позволили достичь относительной макроэкономической стабилизации. В 1996 году экономика страны показала первые признаки подъёма – рост ВВП составил 7,1%, главным образом, за счёт запуска совместного золотодобывающего предприятия «Кумтор». Российский экономический кризис 1998 года замедлил экономический рост и выявил уязвимость и подверженность кыргызской экономики внешним шокам. Тем не менее, среднегодовой темп прироста реального ВВП в 1996–2001 гг. составил 5,6%. В 2002 году рост реального ВВП был отрицательным и составил -0,5% вследствие спада в энергетическом секторе и аварии на СП «Кумтор» в июле, однако в 2003 году составил 6,7% (19). Несмотря на эту макроэкономическую стабилизацию, большая доля населения продолжает жить в бедности.

На сегодняшний день Кыргызстан – единственное государство в Центральной Азии, ставшее членом Всемирной торговой организации и открывшее свой внутренний рынок для международной конкуренции. Республика была вынуждена прибегнуть к зарубежным займам, и в настоящее время внешний долг страны составляет \$1,73 миллиарда долларов США, или \$345 на душу населения.

Около половины населения работает в сельском хозяйстве, являющемся крупнейшим сектором экономики – доля в ВВП в 2003 году составила 35,2%. Промышленность и строительство составили 22,9% в ВВП. Горнодобывающая промышленность, особенно золотодобыча, представляет исключительную важность и является главным источником экспорта. За

исключением золота, однако, у Кыргызстана мало годных к эксплуатации полезных ископаемых. Другой важной отраслью экономики является производство электроэнергии, главным образом на основе гидроэнергетики. Промышленный сектор невелик. Услуги занимают 34,9% в производстве ВВП (20).

Кыргызстан имеет значение 0,701 по индексу человеческого развития (составной показатель, объединяющий среднюю ожидаемую продолжительность жизни, грамотность и образовательный уровень взрослого населения и ВВП на душу населения) Программы развития ООН (ПРООН), занимая 110-ое место из 177 стран в 2002 году (21). Бедность заметно возросла в 1990-х гг., хотя этот феномен имел место и при Советском Союзе. Используя национальный уровень бедности в 75 рублей в месяц, было оценено, что в 1989 году 32,9% населения Кыргызстана было бедным по сравнению с 11,1% в целом во СССР (17). После 1989 года бедность увеличилась, как и неравенство. Коэффициент Джини (мера неравенства доходов) вырос с 0,26 в 1989 году до 0,47 в 2000 (22). В 1998 году на основе линии абсолютной бедности в \$2,15, используемой Всемирным банком, 49,1% населения Кыргызстана было бедным. Этот показатель достигал 84,1% при использовании линии бедности в \$4,30 в день (23). Люди, живущие в бедности, сконцентрированы в сельской и горной местности, и многие из них – дети. После 1999 года, когда были зарегистрированы пиковые значения бедности (64,1% согласно национальной линии бедности), было достигнуто снижение бедности, однако в 2003 году 40,8% населения по-прежнему находилось ниже национальной линии бедности (22, 24).

В мае 2001 года Правительство страны приняло Комплексную основу развития на 2001–2010 годы, в котором заложено видение социально-экономического развития и сокращения бедности (25). Национальная стратегия сокращения бедности на 2003–2005 годы составляет первый этап в реализации Комплексной основы развития. Разработанная в тесном сотрудничестве с Международным валютным фондом, Всемирным банком и другими международными организациями, стратегия была утверждена в качестве среднесрочной программы действий для экономических, социальных и политических преобразований (24). Кыргызстан также стал членом Инициативы СНГ–7, которая была начата в апреле 2002 года. Инициатива финансируется двусторонними донорами, Международным валютным фондом, Всемирным банком, Европейским банком реконструкции и развития и Азиатским банком развития. Она направлена на сокращение бедности, экономический рост и устойчивость управления внешним долгом. В Инициативу входят Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан (26).

История

Территория современного Кыргызстана являлась частью различных государств на протяжении истории. Первое упоминание этнонима «кыргыз» датируется II в. до н.э.. Китайские летописцы употребляли его по отношению к народам, населявшим верхнее течение сибирской реки Енисей, впадающей в Северный Ледовитый океан. Позже он также встречается в манускриптах персидских и арабских историков. В XI в. в энциклопедическом труде Махмуда Кашгарского «Благодатное знание» он определяется как одно из 22 тюркских племён.

Исторически территория Кыргызстана находилась на пересечении непрекращающихся миграционных потоков кочевых племён из Центральной Азии в Малую Азию и Восточную Европу. В то же время в этой зоне активно проходили процессы культурного взаимодействия и обмена между кочевыми и осёдлыми народами Центральной Азии. Через территорию Кыргызстана пролегла одна из ветвей Великого шёлкового пути.

XVI–XIX вв. были периодом почти непрекращающихся войн с захватчиками: Калмыкским ханством, Джунгарским ханством, Кокандским ханством и Цзиньским Китаем. В XVIII в. отдельные кыргызские племена отправили своих первых послов в Российскую империю, к которой они были полностью присоединены к концу XIX века.

Многие элементы истории, культуры и быта кыргызов содержатся в национальном героическом эпосе «МАНАС». Кыргызы, не имевшие своей письменности до 1924 года, передавали «МАНАС» вместе малыми эпосами из поколения в поколение изустно. В 1995 году Кыргызская Республика праздновала 1000-летие эпоса «МАНАС».

В XX век Кыргызстан вступил в состав Туркестанского края Российской империи. Карательные операции царской армии против массового восстания центрально-азиатских народов 1916 года и позже коллективизация привели к миграции значительной части кыргызов в Китай. Под русским влиянием традиционно кочевые кыргызы начали вести осёдлый образ жизни. Этот процесс ускорился во много раз при Советской власти, особенно в период коллективизации и индустриализации.

После краткого периода независимости после революции 1917 года Кыргызстан стал частью Туркестанской Автономной Советской Социалистической Республики в составе Российской Советской Федеративной Социалистической Республики в 1918 году. В 1924 году он стал Кара-Киргизской Автономной Областью в составе РСФСР, в 1926 – Киргизской АССР, в 1936 – Киргизской Советской Социалистической

Республикой (Киргизской ССР). Наконец, 31 августа 1991 года была провозглашена независимость Кыргызской Республики.

Историческое развитие служб здравоохранения¹

В начале XX века здравоохранение Кыргызстана было представлено крайне небольшим числом медицинских учреждений в городах. В 1913 году в стране было 6 больниц (4 городских госпиталя и 2 сельских больницы), 9 амбулаторий и 5 аптек. После включения Кыргызстана в состав СССР в стране развивалась система здравоохранения, основанная на модели Семашко. Николай Семашко – основоположник советского здравоохранения – провозгласил главные принципы советской медицины на Конгрессе медико-санитарных отделов в 1918 году:

- государственное обеспечение здравоохранения
- всеобщий доступ к бесплатным медицинским услугам
- профилактическая направленность здравоохранения.

На основе этих принципов в Советском Союзе развивалась 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 Кыргызской Республике основными инфекционными заболеваниями были тиф и холера. Период 1927-29 гг. был озаглавлен быстрым и масштабным развитием сети учреждений здравоохранения: строительством больниц, амбулаторий, фельдшерских пунктов и передвижных медицинских учреждений.

Начиная с 1925 года, начали создаваться специализированные службы здравоохранения: во Фрунзе (старое название г. Бишкек) открылись первый роддом и детская консультация, венерическая амбулатория была реорганизована в венерический диспансер, а венерические пункты открыты в Токмаке и селе Кочкор. В 1928 году для подготовки среднего медицинского персонала (акушеров, фельдшеров, лабораторных ассистентов, а позже рентген-лаборантов и техников) было открыто первое медицинское училище. С 1935 года начали работать передвижные медицинские группы по борьбе с ТБ, трахомой, сифилисом и прочими кожно-венерическими болезнями. Также улучшилась работа в сфере санитарии и эпидемиологии. В

¹ По (1).

1938 году открылся Санитарно-Бактериологический Институт. К 1940 году система здравоохранения располагала всеми основными медицинскими отраслями: лечебно-профилактической, аптечной, санитарно-эпидемиологической службами и судебно-медицинской экспертизой. В стране были 1 ТБ и 11 кожно-венерологических диспансера, 9 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС), 10 санаториев и 59 аптек. Медицинское образование представлялось Кыргызским Государственным Медицинским Институтом (переименованным в Кыргызскую Государственную Медицинскую Академию в 1996 году), основанным в 1939 году, и 5 медицинскими училищами.

Таблица 7. Развитие системы здравоохранения в 1913–1940 гг.

	1913	1925	1928	1940
Число врачей	21	75	155	600
Число больничных учреждений	6	17	29	112
Число амбулаторных учреждений	9	16	45	319
Число коек	100	445	955	3 824
Число коек на 10 000 человек	1,2	–	–	24,1
Число женских и детских консультаций и поликлиник	–	1	7	66
Число коек для беременных и рожениц	12	20	142	755
Число аптечных учреждений	5	13	–	59
в т.ч. в сельской местности	–	6	–	37
Число санаториев	–	–	–	15

Источник: (1).

Во время Великой Отечественной войны территория Кыргызстана избежала непосредственных военных действий, и ввиду организации медико-санитарного обеспечения тыла в стране была расширена сеть медицинских учреждений. В городах число коек увеличилось с 2 353 в 1940 году до 3 860 – в 1945 году. Число стационарных учреждений в сельской местности возросло с 79 в 1940 году до 94 в 1945 году, а число коек – с 1 471 до 2 073. Также было создано 34 фельдшерских пункта и 26 женских и детских консультации.

В послевоенные годы в результате объединения больниц с амбулаторными учреждениями, больничных учреждений по охране здоровья матери и ребёнка с женскими и детскими консультациями и реорганизацией санитарно-эпидемиологической службы здравоохранение Кыргызстана значительно улучшилось. В 1950-60 гг. основной упор делался на улучшение материально-технической базы системы здравоохранения, укрупнение медицинских учреждений и строительство и введение в эксплуатацию новых учреждений.

За период с 1923 по 1970 годы, благодаря поддержке Советского государства и Российского Общества Красного Креста, было организовано свыше 150 медицинских экспедиций. 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 году, заболеваемость малярией составляла 1000 случаев на 10 000 человек, в 1932 году этот показатель снизился до 505, в 1940 году – до 129 и в 1955 – до 1,5. С 1960 года случаи заболеваемости малярией не регистрировались вплоть до недавнего времени.

После 1923 года были постепенно искоренены прочие особо опасные инфекции: холера (1926), чума (1928), естественная оспа (1936), возвратный тиф (1955), эпидемическая пятнистая лихорадка (1955), кожный лейшманиоз (1955), лихорадка папатацци (1956), трахома (1963), анцилостомииоз (1964), полиомиелит (1970). По сравнению с дореволюционным периодом заболеваемость коклюшем сократилось в 52,4 раза, тифом – в 15,5 раз, корью – в 14,6 раз и скарлатиной – в 3,1 раза. Заболеваемость бешенством, дифтерией, сибирской язвой и лихорадкой была сведена до единичных случаев. Очень позитивные результаты были достигнуты в борьбе с ТБ и венерическими заболеваниями.

Таблица 8. Развитие системы здравоохранения в 1940–1980 гг.

	1940	1950	1960	1970	1980
Число больниц	112	138	261	273	267
Число коек	3824	7106	1627	31900	43600
Число коек на 10 000 человек	24,1	40,3	73,5	106,5	119,4
Число врачей всех специальностей	600	1751	3413	6223	10400
Число врачей на 10 000 человек	3,8	9,9	15,4	20,8	28,5
Число среднего медицинского персонала	2552	4765	10807	21645	32700
Число среднего медицинского персонала на 10 000 человек	16,1	27,0	48,8	72,3	89,5
Число коек для беременных и рожениц	755	1015	2589	4016	4479
Число аптек	59	100	...	...	296
в т.ч. в сельской местности	6	70	...	...	190
Число санаториев	15	...	...	...	139
коек, в тыс.	2,4	...	...	...	35,7

Источник: (1).

К 1980 году в Кыргызстане сложилась комплексная система здравоохранения с такими медицинскими отраслями, как лечебно-профилактическое дело (свыше 3000 медицинских учреждений), санитарно-эпидемиологическая служба (54 СЭС, лаборатории, противочумных и дезинфекционных станции), аптеки, судебно-медицинская экспертиза, медицинское образование (среднее специальное – 9 медицинских училищ и высшее – КГМИ), научно-исследовательская работа (7 НИИ) и курортно-восстановительное лечение (139 учреждений). Также имелось два медицинских завода во Фрунзе: один – по ремонту медицинского оборудования, а второй – химико-фармацевтический завод.

Хотя советская система здравоохранения добилась огромных успехов в борьбе с инфекционными заболеваниями и развитием сети медицинских учреждений, она имела и слабые стороны. Медицинские услуги не были неэффективными и ввиду растущего спроса и ухудшающегося статуса здоровья, а также новых возможностей лечения, возникающих в результате технического прогресса, они стали финансово неустойчивыми, в то время как ситуация усугублялась направлением средств в военно-промышленный комплекс, начиная с 1960-х годов. Неправильные стимулы, заложенные в системе финансирования здравоохранения, приводили к расширению физических мощностей, что не всегда означало улучшение медицинской помощи. 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, нормы посещений в час в поликлинике, число пациентов на 1 врача в больнице, примерные нормы оказания физиотерапевтических услуг, лабораторных анализов и т.д.).

Акцент делался на инфраструктуру, а не на результаты деятельности. Кроме того, сектор здравоохранения финансировался по так называемому «остаточному принципу», который означал получение финансирования лишь после того, как будут профинансированы прочие секторы (оборона, промышленность, сельское хозяйство и т.д.). Низкая заработная плата в секторе здравоохранения вела к слабой мотивации персонала и неформальным платежам.

В конце 1980-х гг. состояние здоровья населения начало ухудшаться. Система здравоохранения более не могла соответствовать нуждам населения. Пакет реформ, запланированный на период 1985–1990 гг., не был полностью

осуществлён ввиду политических изменений в СССР. После обретения независимости реформирование здравоохранения осталось на повестке дня, но представляло собой менее приоритетную задачу по сравнению с экономическими реформами.

Организационная структура и управление

Организационная структура системы здравоохранения

До обретения независимости система здравоохранения было высоко централизованной и контролировалась из Москвы. Министерство здравоохранения СССР было главным планирующим и управляющим органом здравоохранения в стране. Министерства здравоохранения союзных республик отвечали за здравоохранение в 15 республиках, однако их роль сводилась к выполнению директив, приказов и инструкций Минздрава СССР. Такая структура повторялась на республиканском уровне: местные органы здравоохранения областного, районного и городского уровней были обязаны исполнять приказы минздравов республик. Несмотря на парадоксальность, это рассматривалось в СССР как элемент децентрализации. В конце 1990-х гг. это наследие явилось одной из наиболее серьезных проблем управления здравоохранением в Кыргызстане.

В настоящее время Правительство осуществляет следующие функции в секторе здравоохранения. Оно утверждает по согласованию с парламентом политику здравоохранения, план действий по ее реализации и стратегию развития отрасли. Оно также утверждает, финансирует и контролирует исполнение национальных, государственных и специальных программ по охране здоровья и развитию государственной системы здравоохранения. На ежегодной основе Правительство отчитывается перед парламентом о состо-

янии здоровья населения и исполнении консолидированного бюджета здравоохранения.

Министерство здравоохранения осуществляет политику здравоохранения, разрабатывает и реализует вместе с другими службами и ведомствами Программу государственных гарантий и другие целевые программы здравоохранения. Оно отвечает за качество медицинских услуг, а также за контроль качества, безопасности и эффективности лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования. Несмотря на то, что министерство играет руководящую роль в отношении всех организаций здравоохранения (включая медицинское образование) независимо от формы собственности и уровня подчинения (как в свое время Минздрав СССР) и утверждает их политические и программные документы, оно непосредственно управляет лишь небольшим числом специализированных республиканских учреждений и учреждений третичного уровня в Бишкеке. Кроме того, министерство здравоохранения координирует деятельность и контролирует территориальные органы и организации здравоохранения через координационные комиссии по управлению здравоохранением. На ежегодной основе министерство предоставляет отчет о состоянии здоровья населения в Правительство.

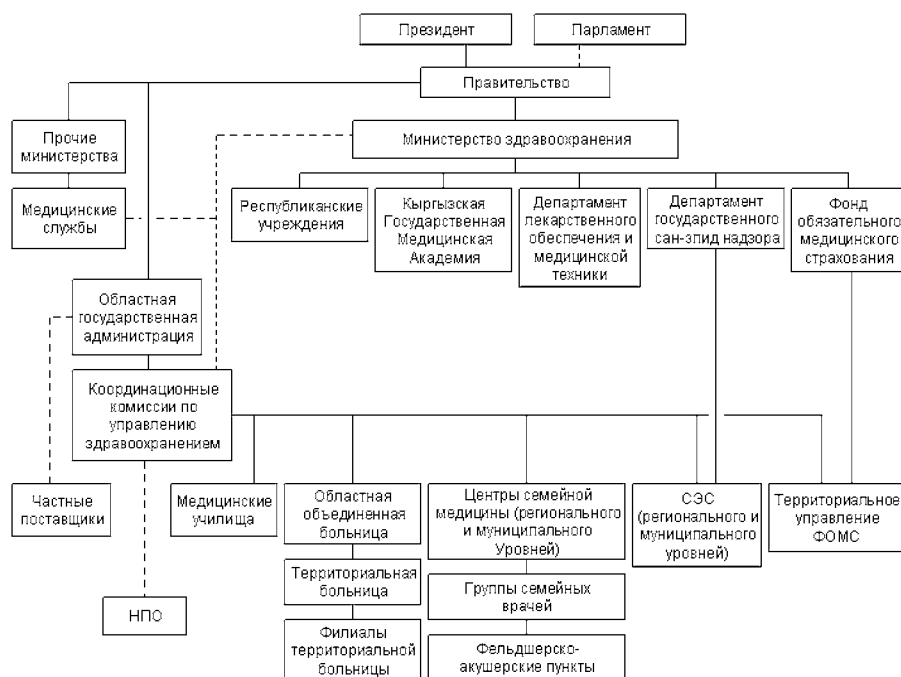
Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН) напрямую подотчетен министерству здравоохранения, но осуществляет свою деятельность в качестве отдельной подструктуры, что создает определенные сложности для координации на областном уровне. Он отвечает за санитарно-эпидемиологическую службу – основу службы общественного здравоохранения. Департамент возглавляет главный санитарный врач страны, который также является заместителем министра здравоохранения. ДГСЭН был создан в 1997 году на базе Республиканской СЭС и санитарно-эпидемиологического управления Минздрава КР.

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, так же при министерстве здравоохранения, отвечает за лекарственную политику и мониторинг и оценку качества лекарственных средств. Департамент проводит регистрацию фармацевтических препаратов и выдаёт лицензии производителям и дилерам лекарственных средств. Департамент возглавляет генеральный директор. Департамент был создан в 1997 году на базе Республиканского центра по стандартизации и контролю качества лекарственных средств и медицинской техники, управления Минздрава КР по лекарственным средствам и медицинской технике и лекарственного комитета Минздрава КР.

Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) является «единым плательщиком» в секторе здравоохранения. Ему была передана ответственность за аккумулирование средств здравоохранения и закупку медицинских услуг. ФОМС отвечает за обеспечение качества медицинских услуг и развитие информационных систем здравоохранения. ФОМС возглавляет генеральный директор ФОМС, который также является заместителем министра здравоохранения. Фонд осуществляет свою деятельность через свои территориальные управления (ТУ ФОМС), представленные в каждой области, а также городах Бишкек и Ош. Первоначально созданный при Правительстве в 1997 году, Фонд был передан в ведение Минздрава КР в 1998. ФОМС подотчетен министерству финансов и местным государственным администрациям за использование бюджетных ресурсов и финансирование здравоохранения.

Местные государственные администрации являются собственниками учреждений здравоохранения, оказывающих первичную и вторичную помощь, включая поликлиники, областные и районные больницы (за исключением тех, что принадлежат центральным министерствам и отдельным предприятиям), и отвечают за здравоохранение на своей территории. Через свои координационные комиссии по управлению здравоохранением они осуществляют национальную политику здравоохранения, разрабатывают и осуществляют территориальные программы здравоохранения и контролируют выполнение национальных, государственных и целевых программ здравоохранения. Они формируют бюджет здравоохранения, обеспечивают его исполнение и заботятся об усилении материально-технической базы и улучшении условий труда медицинских работников. На ежегодной основе местные государственные администрации представляют отчет о состоянии здоровья населения своей территории в местные кенешы.

График 2. Организационная структура системы здравоохранения



Источник: Адаптировано из (28).

Продолжается оказание медицинских услуг медицинскими службами других министерств и ведомств. Эта параллельная система включает в себя медицинские службы семи министерств, пяти крупных государственных акционерных компаний и предприятий, а также организаций, частично финансируемых государством. В 1998 году расходы на эти медицинские службы составляли 6% от общих государственных расходов на здравоохранение (29). Данные медицинские службы находятся в непосредственном подчинении соответствующих ведомств и финансируются из республиканского бюджета.

Частное здравоохранение начало развиваться с 1990-х гг. Начавшись с аптек, оно постепенно охватило и оказание медицинских услуг. В 2003 году министерство здравоохранения выдало 254 лицензии на занятие частной медицинской практикой, из которых 49 были выданы юридическим лицам и 205 – физическим. Частные медицинские учреждения могут оказывать договорные услуги государственным учреждениям и участвовать в Программе государственных гарантий по оказанию медицинской помощи гражданам. На сегодняшний день это имело место в отношении лекарственного обеспечения в рамках Дополнительной программы ОМС по предоставлению ле-

карственной помощи на амбулаторном уровне (смотрите раздел «Система предоставления услуг»). Также имеют место государственные заказы на оказание медицинских услуг частными поставщиками. Так, например, ФОМС был заключен договор с частной офтальмологической клиникой.

Неправительственные организации (НПО) в секторе здравоохранения появились в секторе здравоохранения прежде всего в форме профессиональных ассоциаций: Ассоциация врачей и фармацевтов, Ассоциация медицинских сестёр, Ассоциация кардиологов, Ассоциация диабета, Ассоциация доноров крови и прочие. Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц – обе созданы в 1997 году – тесно работают с министерством здравоохранения в рамках реформы здравоохранения.

Планирование, регулирование и управление

В советское время планирование, регулирование и управление находились под централизованным контролем советского государства. После обретения независимости ведущую роль в планировании, регулировании и управлении здравоохранением взяло на себя Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, которое постепенно децентрализует свои функции.

Общее управление системой здравоохранения по-прежнему во многом следует иерархической модели «сверху вниз». С принятием новых законов, постановлений Правительства и иных нормативных актов министерство здравоохранения издаёт соответствующие приказы, обязательные к исполнению для всех государственных медицинских учреждений. В свою очередь, администрация медицинских учреждений издаёт внутренние приказы с указанием сроков, действий и ответственных исполнителей. Далее администрация контролирует их исполнение и докладывает министерству о достигнутых результатах.

Министерство здравоохранения непосредственно управляет Республиканскими медицинскими учреждениями, такими как научно-исследовательские институты и национальные центры. Оно также управляет Кыргызской Национальной Медицинской Академией, хотя в последнее время ему не удалось контролировать количество поступающих абитуриентов. Министерством назначаются руководители государственных организаций здравоохранения, и с ним также должны согласовываться назначения руководителей местных организаций здравоохранения, которые осуществляются местными государственными администрациями.

Основные регулятивные функции министерства здравоохранения включают: разработку методических руководств, обязательных для всех постав-

щиков 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.

Министерство здравоохранения также отвечает за финансовое планирование и управление бюджетными средствами. Оно готовит проект бюджета здравоохранения на основе национальной политики и расчетных объемов средств, выделяемых на здравоохранение. В частности, оно планирует объем и виды медицинских услуг, необходимых населению, и объем финансовых средств, необходимый для оказания этих услуг.

Министерству финансов и местным финансовым управлениям и отделам принадлежит ключевая роль в бюджетном процессе, так как эти органы обладают фискальными полномочиями в распоряжении бюджетными средствами. Однако, с введением системы «единого плательщика», их роль упростилась до сбора средств на здравоохранение. Система «единого плательщика», включая роль министерства финансов и других финансирующих органов, более подробно анализируется в разделах: «*Финансирование и расходы на здравоохранения*» и «*Распределение финансовых ресурсов*».

На субнациональном уровне планирование и регулирование здравоохранения являются функцией местных государственных администраций. До масштабной реформы местных органов управления 2000 года эти функции выполнялись областными управлениями здравоохранения. После их упразднения они были переданы областным объединенным больницам, а затем наблюдательным советам по управлению здравоохранением, которые в 2003 году стали называться координационными комиссиями по управлению здравоохранением.

Координационные комиссии по управлению здравоохранением являются коллегиальными органами, состоящими из представителей местной власти, представителей соответствующего кенеша (совета), местных организаций здравоохранения и органов социальной защиты, областного финансового управления, органов образования, ветеринарной службы, профсоюзов и общественных организаций. Председателем координационной комиссии являются глава областной государственной администрации (мэр в гг. Бишкек и Ош), который формирует и назначает членов комиссии. Председатель имеет двух заместителей: руководителя областного учреждения здравоохранения и руководителя территориального управления ФОМС. Комиссия собирается по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал. Решения коорди-

национной комиссии являются обязательными для всех медицинских учреждений. Координационные комиссии подотчетны соответствующей областной государственной администрации и министерству здравоохранения (28).

На уровне учреждения планирование, регулирование и управление возложено на администрацию, которая имеет финансовую и управленческую автономию. Руководитель государственного или местного учреждения здравоохранения должен иметь высшее образование в медицине, экономике или общественном управлении, пройти аттестацию и обучение на курсах по управлению здравоохранением.

Регулирование деятельности частных поставщиков медицинских услуг, включая целителей (практикующих методы нетрадиционной 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 Программе государственных гарантий, основано на договорных отношениях.

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 сельскую оценку, для того чтоб узнать мнение людей о новых реформах, а также потребностях и ожиданиях населения от системы здравоохранения (Рамка 1).

Рамка 1. Отношение населения к оплате: результаты совместной сельской оценки

<p>После введения оплаты в Иссык-кульской и Чуйской областях в 2001 году была проведена быстрая оценка с использованием методов совместной сельской оценки. Результаты исследования помогли выявить недостатки политики и внести необходимые коррективы. Респонденты определили как позитивные, так и негативные аспекты политики оплаты.</p>	
Позитивные стороны	Негативные стороны
<p>Пациенты оплачивают половину стоимости лечения, государство оплачивает другую половину. Это справедливо.</p> <p>Здоровье стоит оплаты.</p> <p>Оплата хороша для тех, кто застрахован.</p> <p>До оплаты расходы на хирургические вмешательства были в 3–5 раз выше.</p> <p>Нет необходимости искать лекарства в различных аптеках при поступлении в больницу. Лечение оказывается сразу же после госпитализации.</p> <p>Хорошее отношение медперсонала (он стал более внимательным).</p> <p>Уверенность в квалифицированности родовспомогательного персонала.</p> <p>Прекратились запросы неформальных платежей и/или подарков.</p>	<p>Сумма оплаты слишком высока для оказываемых услуг.</p> <p>Оплата за родовспоможение чересчур высока.</p> <p>Оплата создает барьер для доступности больничной помощи для многих, особенно для безработных, малообеспеченных групп и незастрахованных. В итоге люди могут быть вынуждены обратиться в больницу, когда состояние еще больше ухудшится.</p> <p>Лекарства поставляются нерегулярно, что удлиняет пребывание в больнице.</p> <p>Лекарства, включенные в Перечень основных жизненно важных лекарственных средств, менее дороги и могут быть менее эффективными.</p> <p>Недостаток информации о политике оплаты.</p> <p>Во многих больницах нет телефонов, что делает общение с семьей дорогим, так как приходится постоянно ездить.</p> <p>Плохие условия в родильных отделениях (нет водоснабжения, прачечные не работают, нет мыломоющих средств, нет пеленок, плохое качество питания).</p>

Источник: Шют, 2001 (30).

Децентрализация системы здравоохранения

Как было указано ранее, МЗ КР отвечает за разработку национальной политики здравоохранения и клинических стандартов. Однако, их исполнение осуществляется местными органами власти и поставщиками.

До последних реформ система здравоохранения была фрагментирована на четыре административных уровня: Республиканский, областной, районный/городской и сельский, – с дублированным обслуживанием населения. 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 в первоначальных пилотных областях (Чуйская и Иссык-кульская области в 2001 году; ныне реформа внедрена повсеместно) явля-

лась централизация финансирования на областном уровне для обеспечения лучшего объединения рисков и разграничения финансирования и обеспечения, единство которых приводило к излишним физическим мощностям. Дополнительным новшеством было предоставление большей автономии медицинским учреждениям в управлении своими бюджетами. С внедрением новых методов расчетов с поставщиками, в особенности сооплаты пациентами, медицинские учреждения получили больше гибкости во внутреннем распределении ресурсов.

Местная государственная администрация вовлечена в управление здравоохранением на областном уровне посредством:

- участия в координационных комиссиях по управлению здравоохранением;
- передачи бюджетных средств областными финансовыми отделами ТУ ФОМС;
- принятия решений о рационализации медицинских учреждений;
- кадровой политики по согласованию с МЗ КР;
- социальной защиты наиболее уязвимых граждан путем «социальной паспортизации» и льготных уровней сооплаты в медицинских учреждениях.

В последние годы некоторые функции МЗ КР были переданы НПО. В частности, аккредитация медицинских учреждений была передана Медицинской аккредитационной комиссии. Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц принимают активное участие в мониторинге качества медицинских услуг и участвуют в разработке клинических протоколов.

Частный сектор по-прежнему относительно мал и включает главным образом амбулаторные и аптечные услуги. Фармацевтический сектор был приватизирован первым в секторе здравоохранения. В советской системе медикаменты закупались централизованно и продавались по фиксированным, установленным государством ценам. В 1992 году местные компании, выпускающие фармацевтическую продукцию, были объединены в квази-правительственную структуру Бизнес-Проект «Галеновые препараты», руководимый государственным концерном «Кыргызфарминдустрия». Вслед за второй волной приватизации в 1994–1995 гг. компании были преобразованы в акционерные общества или общества с ограниченной ответственностью. Монопольная государственная компания «Фармация», отвечавшая за закупку и распределение лекарственных средств, была приватизирована в 1994 году,

и к 1996 году аптеки были полностью приватизированы, за исключением небольшого числа муниципальных аптек.

Приватизация других подсекторов системы здравоохранения осталась более ограниченной. Программа приватизации на 2001–2003 гг. позволяет приватизировать лишь стоматологические клиники и неиспользуемые здания и сооружения ЛПУ. Приватизация ЛПУ так же, как и прочих объектов социальной инфраструктуры, запрещена. Частные же поставщики могут возводить новые частные медицинские учреждения.

Финансирование и расходы на здравоохранение

Основная система финансирования и охват медицинскими услугами

Историческая справка

Планирование и финансирование здравоохранения в советскую эпоху было высоко централизованным и делало акцент на поддержание и расширение имеющейся сети медицинских учреждений, а не на улучшение качества и эффективности медицинских услуг. Советское планирование было построено на системе 5-летних государственных планов. Каждый государственный план здравоохранения включал 6 частей:

- развитие сети медицинских учреждений;
- медицинские кадры (потребность в кадрах и последипломном обучении);
- план по труду;
- капиталовложения (строительство и оснащение учреждений);
- план по материально-техническому обеспечению (в том числе мебель, оборудование, лабораторные материалы, медикаменты и форма персонала);
- бюджет.

Первый компонент планировался на основе статистических отчётов о деятельности медицинских учреждений, медико-демографических показателей (численность и распределение населения в разрезе городское/сельское, заболеваемость, смертность, возраст и пол) и нормах нужд населения в различных типах медицинских услуг (число больничных коек и врачебных должностей).

Потребность в медицинских кадрах планировалась по специальностям согласно таким нормам, как отношение числа специалистов к численности населения. Планирование рабочей силы строилось на основе таких показателей, как число работников, число занятых должностей, средняя зарплата и фонд зарплаты.

Медицинские учреждения строились, главным образом, через централизованное финансирование (бюджет), а разного рода курорты, санатории и профилактории – в основном через нецентрализованное финансирование (средства профсоюзов, предприятий, колхозов и совхозов).

Бюджет СССР состоял из Союзного бюджета и бюджетов Республик. Последние, в свою очередь, состояли из республиканского и местных (краевых, областных, городских, районных и сельских) бюджетов. Бюджетная классификация была очень важной в процессе бюджетного планирования. Она обеспечивала строгий порядок бюджетных расходов согласно определённым однородным признакам (раздел, параграф и статья) и не предоставляла гибкости в перемещении средств между статьями. Здравоохранение имело раздел «203» и включало 22 параграфа: от §1 – больницы и диспансеры в городах, пгт и районах до §22 – прочие учреждения и мероприятия, – и 18 статей: от №1 – заработная плата до №18 – прочие расходы.

Бюджеты медицинских учреждений обычно включали 3 основных раздела: 1) показатели плана-производства, или сети; 2) штаты и контингенты; и 3) статьи и их расчёты. Финансирование больничных учреждений основывалось на инфраструктуре, т.е. числе коек на начало и конец года, среднегодовой занятости койки и плане койко-дней, что приводило к неправильным стимулам для больниц, а именно: как можно дольше использовать как можно большее число коек. Для амбулаторных учреждений показателем сети было число посещений, что приводило к стимулу не лечить пациентов, а направлять их на более высокие уровни предоставления помощи. Раздел «штаты и контингенты» использовался для расчёта фонда зарплаты. Среднемесячная ставка определялась в каждом медицинском учреждении в соответствии с «тарификацией» ежегодно. «Тарификация» представляла собой процесс установления шкалы заработной платы исходя из уровня образования, стажа работы, места работы и занимаемой должности. Кроме того, здесь же учи-

тывались квалификационная категория, особые условия труда и прочие факторы.

Помимо бюджетных средств, медицинские учреждения (как и все бюджетные учреждения) могли иметь специальные средства, возможные источники которых утверждались Советами министров республик. В частности, в здравоохранении были следующие виды специальных средств:

- протезирование зубов;
- платные услуги отделов профилактической дезинфекции, дезинсекции и дератизации;
- вспомогательные земельные хозяйства при медицинских учреждениях;
- лечебно-производственные цеха при психиатрических и ТБ учреждениях;
- сбор плацентарной крови;
- санаторно-курортное и бальнео-физиотерапевтическое лечение;
- прочие услуги.

Современная ситуация

В настоящее время сектор здравоохранения Кыргызстана финансируется из следующих основных источников:

- доходы государственного бюджета (республиканского и местного);
- отчисления на ОМС;
- программы государственных инвестиций;
- выплаты из кармана.

Согласно Обзору государственных расходов за 2004 год, подготовленному Всемирным банком, частные выплаты из кармана составляют основной источник финансирования здравоохранения, составляющий почти половину общего финансирования здравоохранения. Средства государственного бюджета (республиканского и местного) составляют 44%. Программа государственных инвестиций, финансируемая за счет кредитов Всемирного банка и Азиатского банка развития, составляет 0,9% финансирования здравоохранения, и отчисления на социальное страхование составляет 4% от общего финансирования здравоохранения. В структуре бюджетного финансирования средства Республиканского бюджета составляют 32%, а средства местного бюджета – 68% (31).

С 1997 года средства местного бюджета включают категориальные гранты, представляющие собой передачу средств из Республиканского бюджета непосредственно на уровень области для предоставления базовых услуг здравоохранения и образования. Относительный уровень категориальных грантов, выделяемых на каждую область, должен был определяться на взвешенной подушевой основе, но в реальности категориальные гранты используются для того, чтобы закрыть задолженности по зарплате.

Финансирование здравоохранения из бюджета снизилось с 4,0% от ВВП в 1995 году до 1,8% – в 2003. Сокращение финансирования произошло вследствие общего сокращения государственных расходов и снижения доли расходов на здравоохранение в государственных расходах с 13,6% в 1995 году до 9,0% – в 2003 (32). Вероятно, что данное сокращение государственного финансирования привело в последние годы к росту удельного веса частных выплат на здравоохранение из кармана, причем как официальных, так и неофициальных.

Дополнительные источники финансирования

Обязательное медицинское страхование

ФОМС был создан в 1996 году, начав собирать страховые взносы с 1 января 1997 года. ФОМС управляет внебюджетными средствами для застрахованных граждан, которые отделены от бюджета МЗ КР. На областном уровне Фонд имеет свои территориальные управления. Добровольное медицинское страхование было законодательно разрешено в 1992 году, однако практически отсутствует.

ОМС – обязательная система, и выход из неё не разрешён. Для охвата различных групп населения используются разные источники финансирования, как показано в Таблице 9. ФОМС не является источником средств: он получает средства из Социального фонда и Республиканского бюджета за определенные категории «застрахованных» граждан. Социальный фонд собирает средства для охвата работающих граждан, а также страховые взносы фермеров. Средства для охвата детей, получателей социальных пособий, пенсионеров и военнослужащих перечисляются из Республиканского бюджета. Страховой статус идентифицируется согласно удостоверению социальной защиты, пенсионной книжки или страхового полиса ОМС.

Таблица 9. Финансирование и охват обязательным медицинским страхованием

Группа населения	Источник финансирования
Занятые на предприятиях	2% от фонда оплаты труда работодателем в Социальный фонд
Госслужащие и работники госпредприятий	2% отчисления от фонда оплаты труда работодателем (т.е. Правительством) в Социальный фонд
Самозанятые	Добровольное приобретение полисов ОМС
Частные фермеры	6% от базовой части земельного налога
Личный состав Министерства обороны КР, Национальной гвардии КР и Министерства внутренних дел	1,5 минимальные зарплаты из Республиканского бюджета
Дети до достижения ими 16 лет (учащиеся общеобразовательных учреждений – до окончания ими обучения, но не более чем до достижения ими 18 лет), учащиеся начальных профессиональных учебных заведений, студенты средних и высших профессиональных учебных заведений очной формы обучения до достижения 21 года	1,5 минимальные зарплаты из Республиканского бюджета
Граждане с инвалидностью с детства и получатели социальных и государственных пособий	
Пенсионеры	
Зарегистрированные безработные	

Источники: (33, 34).

Примечание: До 2003 года 1,5 минимальные зарплаты за пенсионеров и зарегистрированных безработных собирались и выплачивались Социальным фондом; за детей и получателей пособий осуществлялись субвенции из Республиканского бюджета. Однако, фактически за зарегистрированных безработных ассигнований не было.

Роль ФОМС в финансировании здравоохранения существенно возросла с введением в 2001 году системы «единого плательщика» в Иссык-Кульской и Чуйской областях, в рамках которой ФОМС аккумулировал все средства местного бюджета (т.е. районов, городов и области), выделенные на здравоохранение, таким образом создав единый фонд здравоохранения на уровне области. Из этих средств ФОМС покупал медицинские услуги для населения всей области, используя методы, применяемые для расчетов по средствам медицинского страхования на национальном уровне, став таким образом единым покупателем медицинских услуг в области. К середине 2002 года система «единого плательщика» охватила еще две области (Нарынскую и Таласскую), таким образом охватив 50% территории и 33% населения республики. К 2004 году системой «единого плательщика» была охвачена вся страна.

В рамках системы «единого плательщика» ФОМС взял на себя управление средствами местного бюджета на здравоохранение. Новая система финансового планирования базируется на «новых» нормативах, согласно которым покупка основывается на конечном результате или нуждах населения

(число пролеченных случаев в больнице и общая численность приписанного населения на первичном уровне; численность населения на обслуживаемой территории для поставщиков амбулаторно-поликлинической и санитарно-эпидемиологической служб), а не на финансировании мощностей (коек и персонала) медицинских учреждений. Кроме того, эта система нацелена на устранение регионального неравенства путем использования корректировочных коэффициентов при распределении средств, которые учитывают численность населения, удаленность и экономическую ситуацию регионов. Новая система имеет следующие основные характеристики и цели:

- обязательство обеспечить оказание медицинской помощи 100% населения в рамках Программы государственных гарантий;
- разделение на покупателя и поставщиков медицинских услуг в секторе здравоохранения с ФОМС в роли единственного покупателя («единый плательщик») медицинских услуг;
- консолидация источников финансирования здравоохранения (средства государственного бюджета и ОМС и выплаты из кармана);
- аккумулирование бюджетных средств на областном уровне;
- замену неофициальных выплат из кармана более прозрачной официальной сооплатой;
- распределение ресурсов согласно на бесстатейной основе, т.е. без жёсткой регламентации и лимитирования по статьям;
- внедрение системы направлений с первичного на более высокие уровни предоставления медицинских услуг и встраивание ее в систему здравоохранения.

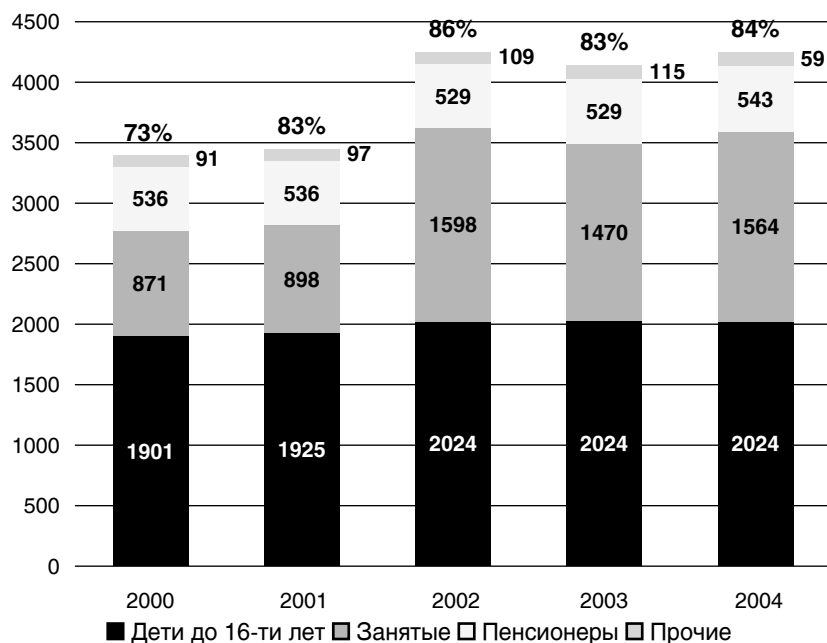
Далее приводятся детали данной реформы.

На Графике 3 показано, как вырос охват населения ОМС с 2000 года. В 2002 году с включением фермеров охват вырос до 86,2% населения. К 2004 году он снизился до 83,6% из-за изменения численности занятого населения. В 2004 году ОМС был охвачен личный состав Министерства обороны, Министерства внутренних дел и Национальной гвардии, а также беженцы.

Несмотря на чёткое разграничение функций по сбору и аккумулированию средств между Социальным фондом и ФОМС, сумма средств, фактически перечисленных ФОМС, была всегда меньше той суммы, которая должна была быть перечислена по плану. Как показано в Таблице 10, перечисления Социальным фондом ФОМС были постоянно ниже запланированного или собранного объема средств. В 2002 году лишь 54,8% страховых взносов, уплаченных работодателями в Социальный фонд, были перечислены ФОМС.

Перечисления средств за пенсионеров были еще ниже, и в 2002 году не было перечислено ничего из запланированного объема. Причины недоотчислений средств Социальным фондом заключены в финансовых проблемах самого Соцфонда, последствиями чего является то, что средства, предназначенные для ФОМС, в действительности используются для перекрестного субсидирования других программ, в частности пенсий. Эта ситуация должна измениться в будущем, так как с 2004 года средства на медицинское страхование пенсионеров должны перечисляться из бюджетных средств, т.е. из Республиканского бюджета.

График 3. Охват населения Фондом обязательного медицинского страхования в тыс. человек и %, 2000–2004



Источник: (35) и данные Фонда обязательного медицинского страхования.

Примечание: Проценты над каждым столбцом показывают долю охвата населения ФОМС; прочие включают в себя безработных, самозанятых и получателей социальных пособий.

Тем не менее, также имеются проблемы с перечислениями средств из Республиканского бюджета. Хотя здесь процент исполнения выше, чем по Социальному фонду, в 2002 году он составил лишь 64%. Данное снижение объема средств отразилось на уязвимых группах. В 2003 году исполнение перечислений из Республиканского бюджета на медицинское страхование детей составило только 33%.

Таблица 10. Перечисления средств Фонду обязательного медицинского страхования, в млн. сомов и %, 1997–2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Перечисления по ОМС из Социального фонда^а							
За занятых							
Собрано	41,0	82,8	117,1	138,3	166,6	186,3	198,5
Перечислено	9,2	30,9	73,1	89,4	80,5	102,1	145,9
Перечислено в % от сборов	22,4%	37,3%	62,4%	64,6%	48,3%	54,8%	73,5%
За пенсионеров							
План	15,0	38,0	48,0	48,0	80,0	80,0	284,2
Перечислено	0,0	9,8	14,5	12,5	7,8	0,0	145,9 ^б
Перечислено в % от плана	0,0%	25,8%	30,2%	26,1%	9,8%	0,0%	51,3%
За безработных							
План	0,0	8,5	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Перечислено	0,0	1,3	6,0	3,1	2,5	0,5	1,0
Перечислено в % от плана		15,3%	66,7%	34,4%	27,8%	5,9%	11,1%
Итого по Социальному фонду							
Всего запланировано/собрано средств	56,0	129,3	174,1	195,3	255,6	275,3	293,2
Фактически перечислено в ФОМС	9,2	42,0	93,6	105,0	90,8	102,6	146,9
Перечислено в % от плана/сбора	16,4%	32,5%	53,8%	53,8%	35,5%	37,3%	50,1%
Перечисления по ОМС из Республиканского бюджета							
За детей							
План				35,0	46,5	56,4	35,0
Факт				25,5	24,7	46,3	29,0
Перечислено в % от плана				72,9%	53,1%	63,9%	82,9%
За получателей социальных пособий							
План				5,0	3,8	5,1	5,0
Факт				4,2	2,3	5,0	1,1
Перечислено в % от плана				84,0%	60,5%	98,0%	22%
Итого по Республиканскому бюджету							
План				40,0	50,3	61,5	40,0
Факт				29,7	27,0	51,3	30,1
Перечислено в % от плана				74,3%	53,7%	83,4%	75,3%
Итого доходов ФОМС							
Всего доходов, план	56,0	129,3	174,1	235,3	305,9	336,8	333,2
Всего доходов, факт	9,2	42,0	93,6	134,7	117,8	153,9	191,2 ^б
Фактически доходов ФОМС в % от плана	16,4%	32,5%	53,8%	57,2%	38,5%	45,7%	57,4%

Источник: Фонд обязательного медицинского страхования.

Примечание: ^а Данные не включают взаимозачетов в погашение задолженности Социального фонда.

^б Включая 14,2 млн. сомов в счет погашения задолженности Социального фонда за 2002 год.

С января 2003 года перечисление средств Социальным фондом в ФОМС значительно улучшилось и Социальному фонду больше нельзя иметь задолженность перед ФОМС. Это новое правило было включено Международным валютным фондом в качестве условия в рамках соглашения по новой Программе по сокращению бедности и стимулированию роста (программа МВФ по предоставлению займов странам с низким уровнем дохода, вклю-

чающая в себя стратегии сокращения бедности). Так, в 2003–2004 гг. Социальный фонд выплатил 109,9 млн. сомов своей задолженности перед ФОМС как в денежной форме, так и путем взаимозачетов.

Выплаты из кармана

Уровень выплат из кармана существенен, и они продолжают оставаться основным источником доходов для системы здравоохранения. В 1994 году почти 70% пациентов платили за амбулаторную помощь и 86% – за больницу помощь (36). В 2001 году ситуация изменилась: доля пациентов, плативших за медицинские услуги на амбулаторном уровне, снизилась до 22%, но осталась высокой на госпитальном – 87% (37). Данные выборочного обследования домашних хозяйств 2001 года позволяют провести оценку общих расходов на здравоохранение: в 2001 году государственное финансирование (включая расходы государственного бюджета и ОМС) составило лишь 48,7% от общих расходов на здравоохранение, в то время как частные выплаты из кармана – 51,3% (37, 38).

В секторе здравоохранения существует четыре вида выплат из кармана:

- официальные платные услуги;
- неофициальные, или неформальные, платежи в государственных медицинских учреждениях за товары или услуги, которые должны предоставляться бесплатно, в денежной или натуральной форме;
- покупка товаров и услуг у частных поставщиков – главным образом, приобретение амбулаторных лекарств в частных аптеках и на рынке, а также частные консультации и лечение;
- официальные платные услуги;
- официальная сооплата в медицинских учреждениях, работающих в системе «единого плательщика».

Неофициальные платежи включают в себя неформальные выплаты медицинскому персоналу, покупку лекарств и медикаментов, необходимых для лечения в государственных медицинских учреждениях, а также покупку или обеспечение продуктов питания и прочих изделий немедицинского назначения пациентом, его близкими или членами семьи в больницах. Неформальные выплаты медицинскому персоналу распространены: согласно оценке по результатам опроса пациентов, проведённого до введения реформы в рамках «единого плательщика», неформальные выплаты имели место в 60% случаев. Примерно 80% пациентов предоставляли или платили

за лекарства и медикаменты, а 93% пациентов друзья либо члены семьи обеспечивали питанием. Несмотря на то, что плата за лекарства и медикаменты – наиболее распространённый вид платежей, доля которого в общих расходах на больничном уровне составляет около 65%, плата врачам-специалистам достаточно высока, особенно за хирургические вмешательства (38). Неформальные платежи могут оказывать существенное влияние на доступ к медицинским услугам, в особенности для бедных.

Официальные платные услуги были разрешены в 1993 году как «платные медицинские услуги». В настоящее время они регулируются Законом «О внебюджетной деятельности государственных учреждений здравоохранения». Цены на медицинские услуги согласовываются в Государственном комитете по антимонопольной политике при Правительстве КР. Платные услуги оказываются как амбулаторными, так и больничными учреждениями. Платные медицинские услуги отражаются в смете по специальным средствам, которые являются частью бюджетного процесса. В 2001 году основная часть платных медицинских услуг была включена в официальную сооплату в двух областях, начавших работать в системе «единого плательщика». В настоящее время специальные средства включают в себя услуги немедицинского характера (например: аренду, транспортные услуги, химические и лабораторные анализы немедицинского характера), медицинские услуги иностранным гражданам, стоматологические услуги (за исключением услуг, предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий), а также медицинские услуги, предоставляемые на основе индивидуальных запросов (например: косметологические, аборт и анонимное лечение).

Официальная сооплата за медикаменты, питание и отдельные виды медицинских услуг, обеспечиваемые сверх Программы государственных гарантий, является неотъемлемой частью системы «единого плательщика». Сооплата введена как на амбулаторном уровне, так и в больницах. Размер сооплаты фиксированный, но разный для трёх категорий граждан: льготников, застрахованных и незастрахованных, – а также дифференцированный по типам медицинского вмешательства (терапевтический или хирургический в больницах и дорогостоящие или обычные методы диагностики – на амбулаторном уровне). Сооплата была запланирована так, чтобы заменить неформальные платежи. Данные по первому году после введения новой системы в пилотных областях свидетельствуют о том, что уровень неформальных выплат действительно снизился, хотя необходимы дальнейшие исследования для определения того, являются ли эти достижения устойчивыми. Угрозой для устойчивости данного первоначального успеха является продолжающееся снижение ассигнований местного бюджета на здравоохранение (38).

В качестве одной из составных частей комплексного набора реформ по аккумулированию и покупке услуг, заключенного в системе «единого платежника», Программа государственных гарантий является первой попыткой определить ответственность государства в оказании медицинской помощи и заменить неофициальные выплаты из кармана системой прозрачной официальной сооплаты. Несмотря на достигнутый первоначальный успех, долгосрочный успех в плане замены неформальных платежей формальными (и в конечном счете снижения уровня этих выплат) зависит от сохранения или увеличения государственных расходов на здравоохранение при одновременном осуществлении затратосберегающих мер для реструктуризации системы предоставления медицинских услуг.

Внешние источники финансирования

Внешние источники финансирования включают в себя гуманитарную помощь, техническое содействие, гранты и кредиты. Объем зарубежной помощи с начала 1990-х гг. был очень значительным. База данных Национальных счетов здравоохранения (НСЗ), собранная за 1998–2000 гг. на уровне лечебных учреждений, показывает, что уровень иностранной помощи составлял 10% от общих расходов на здравоохранение. Тем не менее, уровень помощи колеблется от года к году, так как тогда, как одни проекты подходят к концу, другие утверждаются и начинают работать.

Основные доноры, которые особенно активно поддерживали процесс реформирования сектора здравоохранения, – это Всемирный банк, ВОЗ, Агентство США по международному сотрудничеству (ЮСАИД), Департамент Объединенного Королевства по международному сотрудничеству (ДФИД) и Швейцарское агентство по развитию и сотрудничеству (SDC). В начале 2003 года Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией утвердил грант в размере \$17 миллионов долларов США для борьбы с ВИЧ/СПИД и \$1.1 миллион долларов США для борьбы с туберкулезом.

Главное управление по координации и внедрению реформы здравоохранения «МАНАС» при МЗ КР координирует деятельность доноров в секторе здравоохранения. Многие доноры поддерживают осуществление вертикальных программ, например: контроль туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем, острых респираторных инфекций, а также планирование семьи и репродуктивное здоровье, вакцинация и закупка лекарственных средств. В рамках финансируемой ЮСАИД Программы ЗдравРеформ (позже ЗдравПлюс) был поддержан первоначальный пилотный

проект по комплексному реформированию здравоохранения в Иссык-Кульской области в 1994 году, а ВОЗ начало поддержку Национальной программы реформирования системы здравоохранения «МАНАС». Два проекта по реформированию сектора здравоохранения, финансируемых ВБ: («Здравоохранение–I» (1996–2000) и «Здравоохранение–II» (2001–2005)) – были направлены на структурные изменения в секторе здравоохранения и поддержку интегрированных системных мероприятий, например: ремонт и оснащение медицинских учреждений, усиление информационных систем здравоохранения и поддержка реформы финансирования здравоохранения. Азиатский банк развития поддержал проведение подобных мероприятий в южных регионах страны, а Швейцарское Агентство по международному сотрудничеству (через своего подрядчика – Швейцарский Красный Крест) поддержал реструктуризацию сети здравоохранения в Нарынской области и развитие первичного звена, которое включает новый акцент на активность общин в здравоохранении и укреплении здоровья.

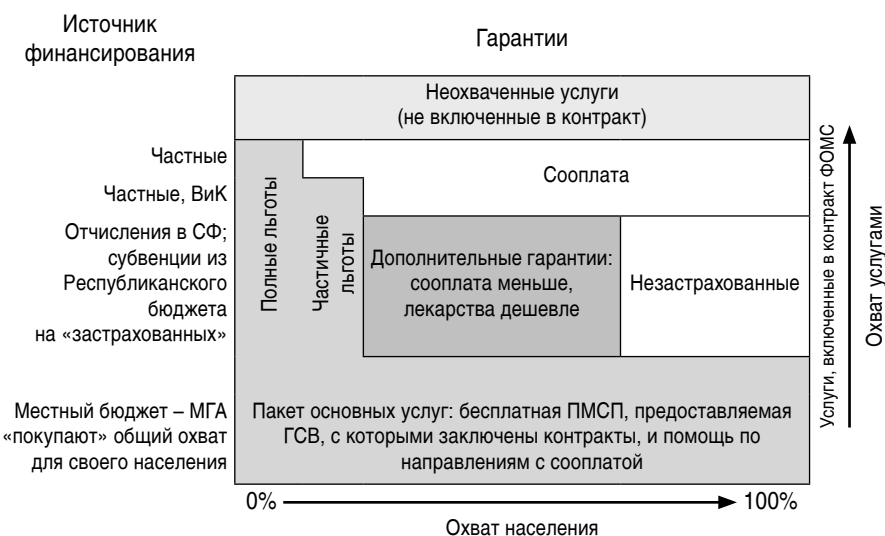
Пакет медицинских услуг

Чётко определённый пакет медицинских услуг в форме Программы государственных гарантий по обеспечению медицинской помощи гражданам был впервые разработан Правительством в 2001 году и введён в качестве эксперимента в Иссык-Кульской и Чуйской областях. Будучи важнейшей частью реформы «единого плательщика», в данном пакете определены услуги, обязательства по разделению затрат и охват населения. Изначально основанная на утвержденных плановых объемах финансирования здравоохранения из государственного бюджета и средств ОМС, Программа государственных гарантий может быть расширена за счет внешней гуманитарной помощи и грантов, а также других дополнительных источников, мобилизованных местными государственными администрациями. Программа государственных гарантий ежегодно утверждается Правительством на основе ожидаемого уровня доходов областного и национального уровня, управляемых ФОМС, и прогнозируемых уровней использования услуг и других параметров.

На Графике 4 показано, как связаны охват населения и объём услуг с источниками финансирования в Программе государственных гарантий. Пакет основных услуг для всего населения финансируется из средств местного бюджета, перечисляемых в территориальные управления ФОМС. Этот пакет включает в себя услуги первичной медико-санитарной помощи приписанному населению, предоставляемые группами семейных врачей, с которыми заключены контракты, и услуги стационарной помощи по направлениям с со-

оплатой. Пакет основных услуг также включает предоставление бесплатных или почти бесплатных услуг по направлениям для лиц, имеющих статус льготников. Льготы финансируются за счёт установления более высокого уровня оплаты больницам (т.е. более высокий уровень базовой ставки) из областного бюджета. Для застрахованных граждан финансирование осуществляется из средств ОМС: для них уровень сооплаты ниже на госпитальном уровне и на уровне специализированной амбулаторной помощи, и они имеют доступ к лекарственному обеспечению в рамках Дополнительного лекарственного пакета ФОМС. Таким образом, быть застрахованным в контексте Кыргызстана сходно с добровольной программой «Медигэп» [“Medigap”] в США или «мютюэль» [“mutuelle”] во Франции: охват является дополнительным к уровню, оплачиваемому из бюджетных средств (38).

График 4. Финансирование и охват Программой государственных гарантий в системе «единого плательщика»



Программа государственных гарантий на 2004 год включала в себя:

- бесплатную первичную медико-санитарную помощь, оказываемую фельдшерско-акушерскими пунктами, группами семейных врачей и центрами семейной медицины, к которым приписаны пациенты, и помощь отделений и станций скорой медицинской помощи;

- специализированные амбулаторно-диагностические услуги, оказываемые центрами семейной медицины и амбулаторно-диагностическими отделениями больниц, подлежащие оплате;
- плановую и неотложную больничную помощь, включая хирургические вмешательства, подлежащие оплате;
- стоматологическую помощь, бесплатные и платные услуги;
- обеспечение очками и слуховыми аппаратами ограниченного числа категорий;
- санитарно-эпидемиологические услуги.

Первоначально включающая около 40 категорий граждан с различными уровнями оплаты в 2001 году, в 2004 году Программа государственных гарантий включала 52 категории населения. 44 категории полностью освобождены от оплаты, из них 18 категорий составляют граждане, имеющие социальные льготы, и 28 категорий – граждане с медицинскими показаниями.

Социальные категории

1. Участники Великой Отечественной войны
2. Инвалиды Великой Отечественной войны и баткенских событий
3. Бывшие узники концентрационных лагерей
4. Трудоармейцы, в последующем реабилитированные
5. Герои Советского Союза и лица, награждённые орденом Славы 3-х степеней
6. Герои Социалистического труда
7. Лица, удостоенные высшей степени отличия «Кыргыз Республикасынын Баатыры», награжденные орденом «Манас» I степени
8. Участники боевых действий на территории других государств
9. Граждане, пострадавшие вследствие аварии на Чернобыльской АЭС
10. Инвалиды, получившие ранения и увечья при исполнении обязанностей воинской службы
11. Инвалиды I и II группы вследствие трудового увечья, профессионального или общего заболевания
12. Инвалиды по зрению и слуху
13. Инвалиды детства I и II группы
14. Дети-инвалиды до 16 лет

15. Дети до 1 года
16. Дети-сироты, проживающие в государственных детских домах, семейных детских домах, интернатах для детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей
17. Лица, проживающие в домах престарелых и интернатах
18. Дети до 16 лет из многодетных семей, имеющих 4-х и более несовершеннолетних детей (при предъявлении справки органов социальной защиты, выданной на основании данных социального паспорта).

Категории по медицинским показаниям

1. Больные, перенесшие острый инфаркт миокарда (в первые 2 месяца)
2. Больные туберкулезом
3. Больные бронхиальной астмой
4. Онкологические больные терминальной стадии
5. Больные врожденным сифилисом, больные сифилисом в возрасте до 18 лет
6. Больные психическими заболеваниями (параноидная шизофрения, аффективные расстройства различного генеза)
7. Больные эпилепсией
8. Больные сахарным диабетом
9. Больные несахарным диабетом
10. Больные лейкемией
11. Больные гемофилией
12. Больные апластической анемией
13. Больные проказой
14. Больные с поствакцинальными осложнениями
15. Контактные лица и больные чумой
16. Контактные лица и больные холерой
17. Контактные лица и больные брюшным тифом
18. Контактные лица и больные паратифом
19. Контактные лица и больные сибирской язвой
20. Больные бешенством
21. Больные менингитом
22. Больные дифтерией

23. Больные острым бруцеллезом при госпитализации на первый курс лечения
24. Женщины, вставшие на учет по поводу беременности и подлежащие наблюдению на амбулаторном уровне
25. Женщины, поступающие в стационар с патологией беременности
26. Граждане, подлежащие призыву на действительную воинскую службу, направленные на медицинское обследование, лечение военно-врачебными комиссиями с госпитализацией только при наличии показаний на лечение в условиях стационара
27. Военнослужащие срочной службы при возникновении неотложного состояния и в случаях невозможности оказания квалифицированной медицинской помощи в ведомственных медицинских учреждениях
28. Лица, находящиеся под предварительным следствием, а также лица, отбывающие наказание, в том числе по приговору суда, при возникновении неотложного состояния, угрожающего жизни пациента, в случае невозможности оказания медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях здравоохранения.

Категории 1–4, 6–9 и 11 также имеют право на получение бесплатных лекарств на амбулаторном уровне.

Имеется 8 категорий, имеющих право на частичное освобождение от сооплаты. В стационарах следующие категории населения имеют право на льготы в размере 85–90% от средней стоимости лечения:

1. Женщины, поступающие на роды
2. Больные острым бруцеллезом, поступающие на повторный курс лечения
3. Пенсионеры, получающие пенсию менее 480 сомов, для пенсионеров г. Бишкек – менее 960 сомов
4. Лица, получающие социальные пособия
5. Больные малярией
6. Больные тяжелыми формами вирусного гепатита.

Учащиеся начальных профессиональных учебных заведений, студенты средних и высших профессиональных учебных заведений до достижения возраста 21 год (кроме обучающихся заочно или на вечернем отделении) имеют льготы в размере до 60% от средней стоимости лечения. Кроме того,

они имеют льготы в размере 50% от стоимости медицинских услуг по преискуранту в амбулаторных условиях.

Застрахованные граждане (см. Таблицу 9) имеют льготы в размере до 60–66% от средней стоимости лечения в стационарах и до 50% от средней стоимости медицинских услуг по преискуранту в амбулаторных условиях. Помимо этого, ФОМС также предоставляет льготное медикаментозное обеспечение застрахованных граждан в рамках Дополнительного лекарственного пакета, включающего в себя лекарства и изделия медицинского назначения из Перечня жизненно важных лекарственных средств.

Незастрахованные категории граждан (21% населения в 2003 году) имеют право на получение бесплатной первичной медико-санитарной помощи, однако они должны платить полную стоимость специализированного лечения на амбулаторном уровне и 51–60% от средней стоимости лечения в стационарах.

Если, независимо от статуса льготности, пациенты самонаправляются, т.е. не имеют направления от медицинского учреждения нижнего звена, они должны оплачивать полную стоимость специализированного лечения на амбулаторном уровне и среднюю стоимость лечения в стационаре в полном объеме.

Роженицы освобождены от сооплаты в больницах с ноября 2001 года. До этого вследствие регламентированного страхового охвата большинство женщин репродуктивного возраста не были охвачены. Например, невзирая на то, что около $\frac{2}{3}$ всех выписанных из стационаров случаев были на застрахованных лиц в феврале 2001 года, около 80% случаев родов не являлись застрахованными случаями (31). Таким образом, до 2001 года большинству рожениц пришлось платить очень высокий уровень сооплаты, как правило, значительно выше того уровня, который они платили неформально до этого, особенно в сельских больницах. В настоящее время уровень официальной сооплаты за роды установлен на более низком уровне (200 сомов).

Экстренная больничная помощь (скорая) оказывается бесплатно. Тем не менее, после выведения пациента из состояния, угрожающего жизни и здоровью, пациенты должны внести сооплату соответственно своей категории льготности.

Следует отметить, что, если фактические расходы на стационарное лечение превышают трехкратную установленную среднюю стоимость лечения, лечебно-контрольная комиссия учреждения здравоохранения принимает решение о дополнительных расходах на лекарственные средства, которые будут произведены за счет средств пациента, независимо от наличия его прав на льготы.

В Таблицах 11 и 12 показана структура Программы государственных гарантий по категориям населения и источникам финансирования на амбулаторном и стационарном уровнях.

Таблица 11. Программа государственных гарантий на амбулаторном уровне

	Самонаправленные	Льготные ^а	Застрахованные	Незастрахованные
Общие анализы^б				
Сооплата	100%			
ФОМС			50%	
Бюджет		100%	50%	100%
Итого	100%	100%	100%	100%
Прочие анализы				
Сооплата	100%		50%	100%
ФОМС			25%	
Бюджет		100%	25%	
Итого	100%	100%	100%	100%
Дорогостоящие виды исследований и манипуляций				
Сооплата	100%		100%	100%
ФОМС				
Бюджет		100%		
Итого	100%	100%	100%	100%

Примечание: ^а Льготные категории пациентов покрываются за счет резервных фондов.

^б Общие анализы включают 10 видов наиболее распространенных исследований и манипуляций.

Таблица 12. Программа государственных гарантий на стационарном уровне (покрывающая среднюю стоимость лечения)

	Самонаправленные	Полностью освобожденные	Частично освобожденные	Застрахованные	Незастрахованные ^а
Сооплата	100%		10–40%	34–40%	51–60%
ФОМС				17–26%	
Бюджет		100%	60–90%	40–49%	40–49%
Итого	100%	100%	100%	100%	100%

Примечание: ^а Лечение незастрахованных граждан из бедных семей покрывается за счет резервных фондов больницы. В 2004 году за счет резервных фондов больниц было пролечено 7 800 человек на сумму 6 миллионов сомов.

Чтобы подготовить население к нововведениям в секторе здравоохранения и повысить осведомленность о том, какие официальные расходы им придется понести при обращении за медицинской помощью, введение Программы государственных гарантий поддерживалось информационно-образовательной кампанией. Результаты социологических исследований свидетельствуют о том, что кампания на самом деле улучшила осведомленность граждан об их финансовых обязательствах в случае госпитализации (40).

Программа государственных гарантий была полностью институционализована с принятием Законов Кыргызской Республики «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 года, «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 12 августа 2004 года и «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года.

Расходы на здравоохранение

Частные расходы на здравоохранение

Информации о частных расходах на здравоохранение мало, и достоверных оценок уровня частных расходов на здравоохранение до 2000 года нет. Выборочное обследование, профинансированное Департаментом Объединенного Королевства по международному развитию и проведенное Национальным статистическим комитетом КР в марте 2001 года, позволяет оценить их уровень в 2000 и 2001 гг. Сопоставляя данные обследования с данными о государственных расходах на здравоохранение, можно далее оценить уровень национальных расходов на здравоохранение (за исключением донорской помощи) и проанализировать их структуру по источникам финансирования (Таблица 13).

Согласно этим расчётам, в 2000 и 2001 гг. частные расходы составляли 51–52% общих расходов на здравоохранение. Рассчитанный объем частных расходов не включает транспортных расходов, необходимых для того, чтобы добраться до медицинского учреждения. Если включить эти расходы, то частные расходы составят 305 сомов на душу населения в 2000 году и 320 сомов – в 2001. Доля частных расходов, таким образом, составит 52,9% в 2000 году и 52,5% – в 2001. Общие расходы на здравоохранение как доля в ВВП возросли бы до 4,34% и 4,09% ВВП соответственно (38).

Таблица 13. Показатели расходов на здравоохранение, 2000–2001 гг.

	2000		2001	
Общие расходы, % ВВП	4,23%		4,00%	
Госбюджет	1,88%		1,78%	
ФОМС	0,16%		0,16%	
Частные расходы из кармана	2,19%		2,05%	
Расходы на душу населения	сомов	долларов	сомов	долларов
Госбюджет	250,4	\$5,2	265,8	\$5,5
ФОМС	21,3	\$0,4	24,3	\$0,5
Частные расходы из кармана	290,7	\$6,1	305,6	\$6,3
Всего	562,5	\$11,8	595,7	\$12,3
Доля в общих расходах				
Госбюджет	44,5%		44,6%	
ОМС	3,8%		4,1%	
Частные расходы из кармана	51,7%		51,3%	

Источник: (38).

Примечание: Расходы приводятся по источникам финансирования. В «госбюджете» отражены все расходы на здравоохранение из бюджетных средств, включая субвенции на ОМС из Республиканского бюджета. В «ФОМС» отражены лишь расходы, осуществлённые из средств, перечисленных Социальным фондом в ФОМС, что в этом случае значительно занижает роль ФОМС в системе здравоохранения. Долларовый эквивалент и доля расходов в ВВП рассчитаны на основе данных Национального статистического комитета КР.

Данные обследования показывают, что большинство частных расходов из кармана идут на оплату амбулаторных услуг, в частности на покупку лекарств, причем расходы на лекарства на амбулаторном уровне составили 56% от общих частных расходов на здравоохранение (Таблица 14). Здесь большинство этих расходов – это не плата в медицинских учреждениях, а покупка назначенных и не назначенных врачом лекарственных средств у частных поставщиков (аптеки, базары и т.д.). При получении рецептов на амбулаторном уровне 90% пациентов смогли приобрести лекарства. Результаты обследования показывают, что около 10% домашних хозяйств приобретают лекарственные средства без рецепта врача (37).

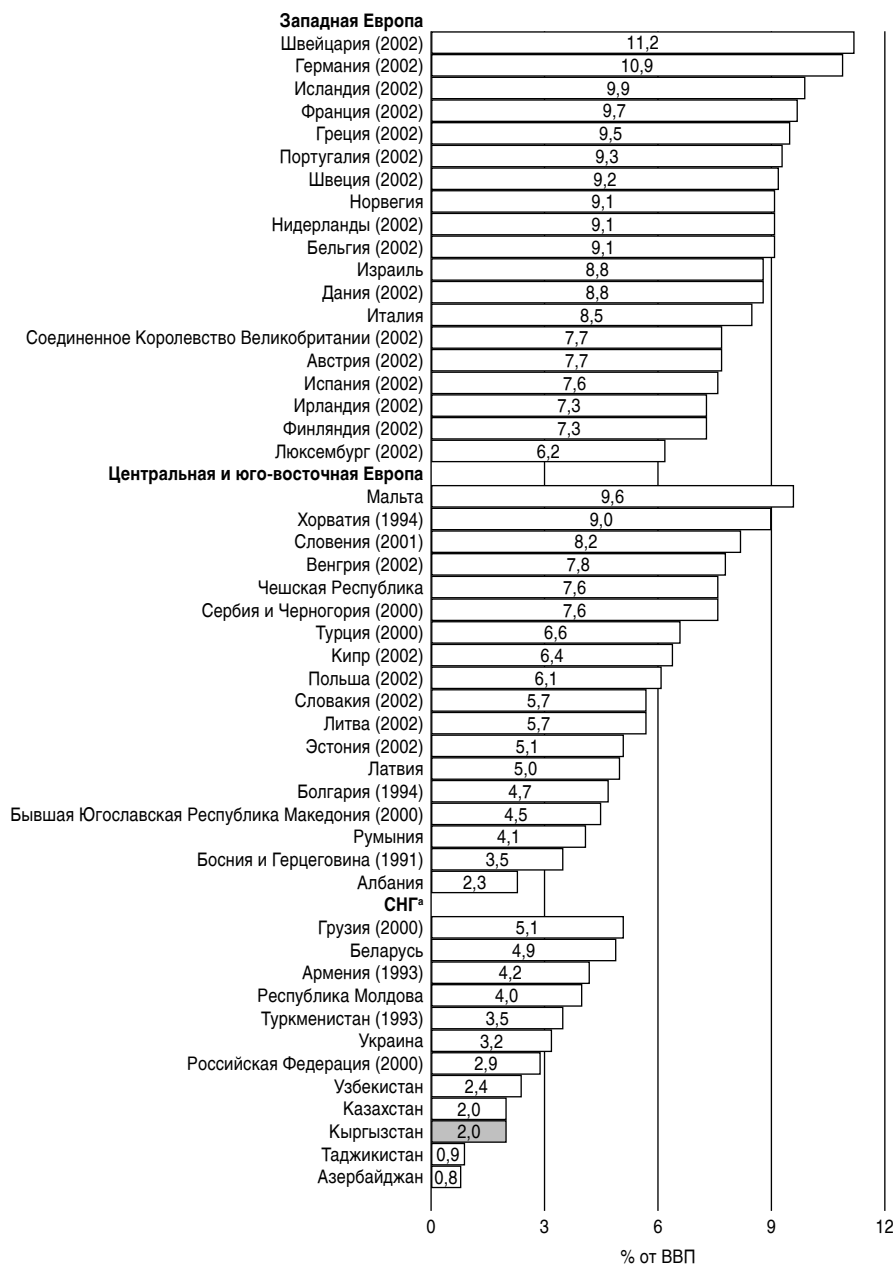
Таблица 14. Распределение частных расходов на здравоохранение по статьям

Стационарная помощь	28%
Амбулаторная помощь	
Консультации	12%
Лекарственные средства	56%
Прочее	4%
Итого амбулаторная помощь	72%

Источник: Анализ данных обследования домашних хозяйств в феврале 2001 года (37). В случае включения транспортных расходов, необходимых, чтобы добраться до места получения консультации, доля амбулаторной помощи в общих частных расходах на здравоохранение возрастает до 73%

Значительная часть частных расходов из кармана не попадает в официальную статистику общих расходов на здравоохранение, как указано в базе данных Европейского регионального бюро ВОЗ «Здоровье для всех» (Графики 5–8). Вследствие этого общие расходы на здравоохранение как в виде доли от ВВП (Графики 5 и 6), так и на душу населения (График 7) значительно занижены. Аналогично расходы на здравоохранение из государственных источников как доля от общих расходов на здравоохранение (График 8) завышена.

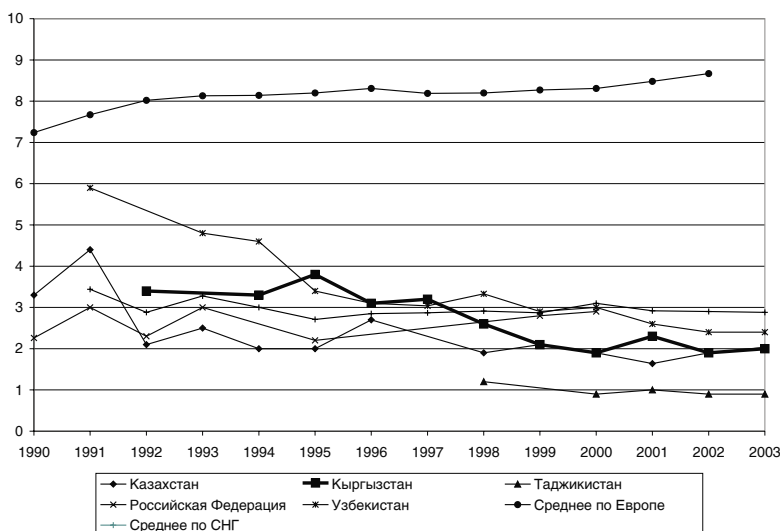
График 5. Общие расходы на здравоохранение как доля от ВВП в Европейском регионе ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: а Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

График 6. Динамика общих расходов на здравоохранение как доля от ВВП в Кыргызстане и отдельных странах, 1990-2003 гг.

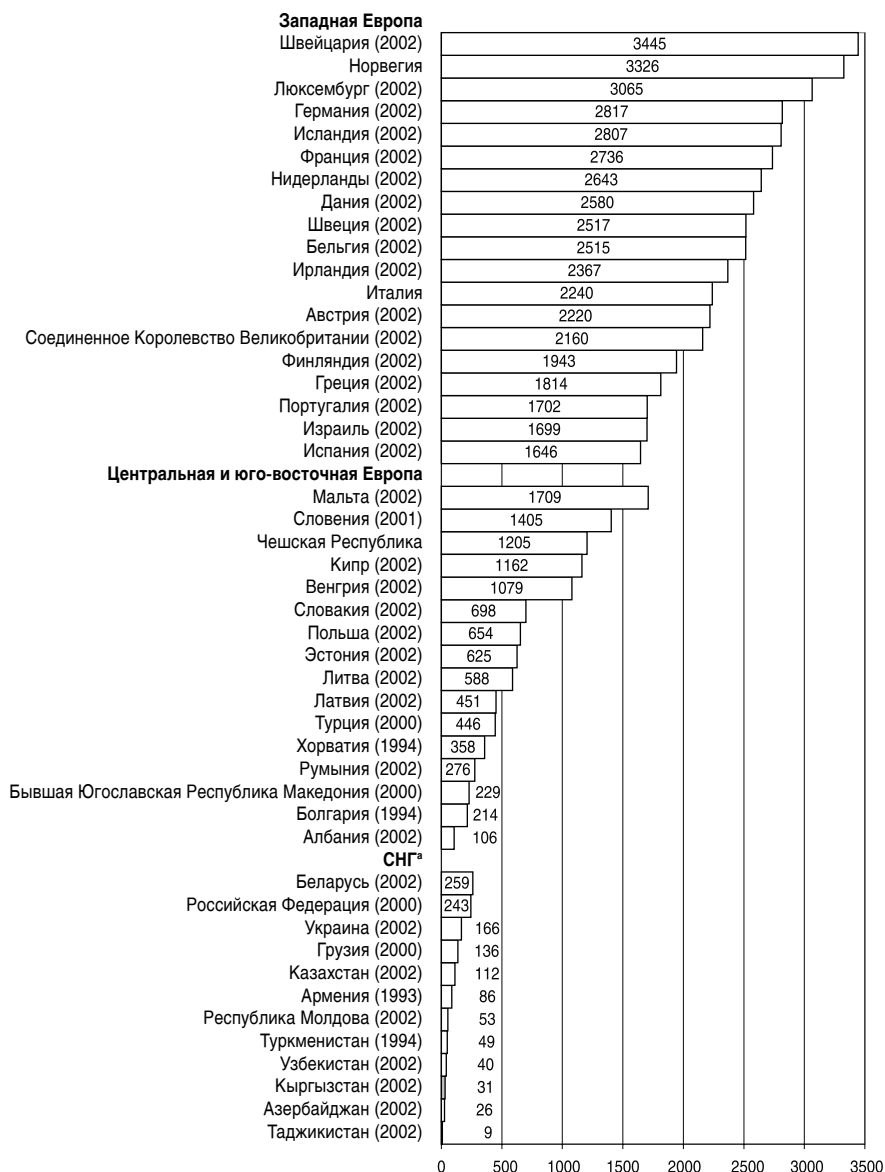


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
Примечание: СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский Союз.

Государственные расходы на здравоохранение

О государственных расходах на здравоохранение имеется более подробная информация. Государственные расходы на здравоохранение в КР сократились с 4,0% от ВВП в 1995 году до 2,2% – в 2003. Как показано в Таблице 16, с 1995 года в номинальном и сомовом выражении имел стабильный рост расходов, хотя расходы, измеренные в долларах, также стабильно падали. Существенный спад в долларовом эквиваленте между 1998 и 1999 годами отражает, главным образом, резкую девальвацию сома, который за этот период по отношению к доллару обесценился почти вдвое. В реальном выражении расходы госбюджета на здравоохранение на душу населения снижались из года в год до 2001 года, когда они впервые выросли, заложив основу для двух лет последующего роста. Достигнутая в 2001 году стабилизация является прежде всего результатом жёсткой политики в отношении инфляции. Поскольку ОМС было введено в 1997 году, уровень номинальных расходов, осуществленный из средств, перечисленных Социальным фондом, непрерывно рос.

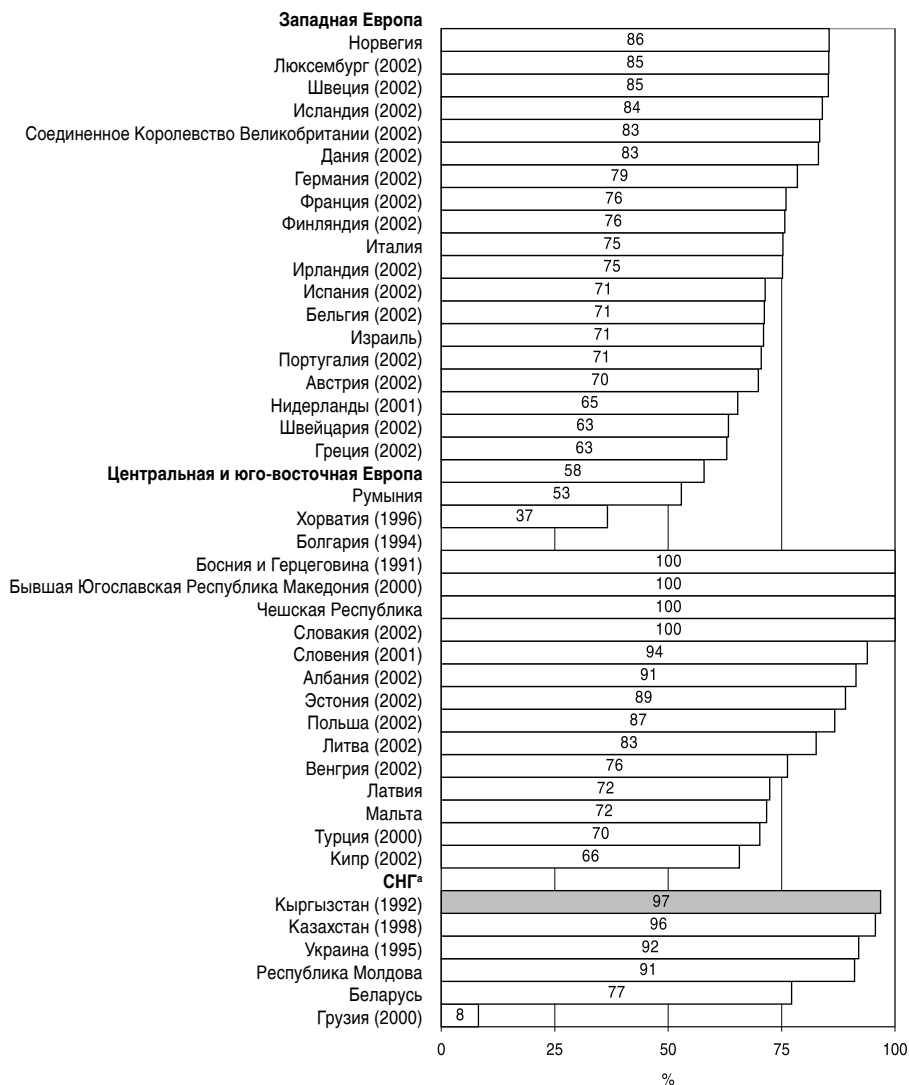
График 7. Расходы на здравоохранение на душу населения, выраженные в долларах США по паритету покупательской способности, в Европейском регионе ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: * Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

График 8. Расходы на здравоохранение из государственных источников как доля общих расходов на здравоохранение в странах Европейского региона ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
Примечание: * Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

Таблица 15. Динамика расходов в государственном секторе здравоохранения, 1995–2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Всего, % от ВВП	4,0	3,1	2,8	2,8	2,4	2,0	1,9	2,2	2,2
Всего расходов (млн. сомов)	640	720	845	957	1170	1336	1437	1613	1861
МЗ КР	616	684	794	890	1016	1159	1247	1459	1528
Прочие ведомства	24	36	46	55	55	72	70	37	93
ФОМС			5	42	99	105	120	117	240

Источники: Центральное Казначейство при МФ КР – данные по консолидированным расходам на здравоохранение из государственного бюджета, за исключением специальных средств; ФОМС – данные по ОМС, за исключением субвенций из государственного бюджета. Расходы по МЗ КР включают бюджетные расходы на медицинское образование.

Таблица 16. Номинальные и реальные расходы на здравоохранение в государственном секторе, 1995–2003

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Номинальные расходы на здравоохранение на душу населения									
Расходы из госбюджета (сом)	140,5	155,6	178,9	191,7	221,2	250,4	265,8	283,4	303,4
Специальные средства (сом)		5,2	12,2	18,4	17,8	18,2	19,2	19,6	20,6
Расходы ОМС (сом)			1,0	8,8	20,4	21,3	24,3	23,5	47,7
Итого учтенных расходов (сом)	140,3	160,9	192,1	219,0	259,4	289,9	309,3	336,8	371,6
Обменный курс: сомов за \$1 доллар США	10,8	12,8	17,4	20,8	39,0	47,7	48,4	46,9	43,7
Итого учтенных расходов в долларах США	\$13,0	\$12,5	\$11,1	\$10,5	\$6,6	\$6,1	\$6,4	\$7,2	\$8,5
Реальные расходы на здравоохранение на душу населения (в сомах 1995 года)									
Рост в компоненте ИПЦ по здравоохранению	38,8%	20,6%	21,1%	13,0%	25,5%	20,5%	5,1%	8,1%	5,6%
Расходы из госбюджета	140,3	129,1	122,6	116,2	106,9	100,4	101,4	109,6	115,8
Специальные средства		4,3	8,3	11,2	8,6	7,3	7,3	7,3	7,9
Расходы ОМС			0,7	5,3	9,8	8,5	9,3	8,8	18,2
Итого учтенных расходов	140,3	133,4	131,6	132,7	125,3	116,2	117,9	125,7	141,8

Источники: Национальный статистический комитет – данные по населению, ИПЦ и обменному курсу. Казначейство – данные по расходам на здравоохранение из госбюджета и специальным средствам. ФОМС – данные по расходам по ФОМС из средств, полученных из Социального фонда. Примечание: Расходы на здравоохранение из госбюджета включают в себя расходы из Республиканского и местного бюджетов, за исключением субвенций из Республиканского бюджета в ФОМС и специальных средств (официальных платных услуг). Категориальные гранты учтены в расходах местного бюджета. Расходы ФОМС включают средства, полученные из Социального фонда и за счет субвенций из Республиканского бюджета.

В Таблице 17 показано распределение бюджетных средств (консолидированных расходов из Республиканского и местного бюджетов,

включая категориальные гранты) в разрезе программ за последние годы. Эпидемиологическая ситуация в стране, а также утверждённая политика в области здравоохранения требуют перераспределения ресурсов из специализированной и больничной помощи на уровень первичной медико-санитарной помощи и общественное здравоохранение. Тем не менее, с 1995 года структура расходов по программам существенно не изменилась. Так, больничный сектор по-прежнему потребляет 70–73% бюджетных ресурсов, выделяемых на здравоохранение, в то время как доли амбулаторных служб и общественного здравоохранения остались неизменными или снизились. Это говорит о том, что на момент ситуации 2001 года было предпринято мало эффективных действий по переприоритизации расходования бюджетных средств (38).

Данные Казначейства позволяют также проанализировать распределение бюджетных ресурсов по статьям или главам (Таблица 18). Особую озабоченность здесь вызывает большая доля расходов на постоянные расходы, а именно: персонал и коммунальные услуги. Расходы на последние (включая отопление и электроэнергию) составили свыше 20% общих расходов в 2000 и 2001 гг., отражая попытку Правительства погасить часть долга медицинских учреждений перед поставщиками коммунальных услуг и компенсировать растущие тарифы на электроэнергию. Несмотря на увеличение бюджетного финансирования по этим расходам, многие учреждения остаются в долгу, а задолженность растёт.

Доля расходов на лечение, т.е. по таким статьям, как лекарственные средства и медикаменты, а также оборудование и материалы, низка, несмотря на увеличение в 2003 году. Такое распределение ресурсов, в котором доминируют постоянные расходы, подчёркивает необходимость в реструктуризации системы предоставления медуслуг. Некоторые результаты в этом отношении были достигнуты в 2001 году как следствие реформы финансирования здравоохранения в Чуйской и Иссык-Кульской областях. Беспокойство в распределении ресурсов также вызывает низкая доля расходов на капитальные вложения. Сложившаяся ситуация отражает растущую зависимость системы здравоохранения от донорских вливаний для обновления и модернизации зданий и оборудования (38).

Таблица 17. Расходы госбюджета на здравоохранение по программам, 1995–2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Больницы широкого профиля (детские и взрослые)	53,3%	52,3%	48,6%	49,1%	47,6%	51,0%	50,2%
Специализированные больницы	14,5%	15,6%	18,2%	19,7%	21,3%	19,9%	19,8%
Роддома	3,8%	3,1%	3,0%	3,4%	3,2%	2,5%	2,0%
Больницы восстановительного лечения	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Прочие больницы	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%
Итого, больничная помощь	71,7%	71,3%	70,2%	72,5%	72,3%	73,6%	72,3%
Общие поликлиники и врачи поликлинических отделений	7,9%	8,0%	7,5%	7,3%	8,0%	7,7%	7,9%
Специализированные поликлиники и врачи-специалисты	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,0%
Стоматологические поликлиники	1,2%	1,3%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,0%
Станции скорой помощи	1,0%	1,1%	0,9%	1,0%	1,1%	1,0%	1,1%
Итого, амбулаторная помощь	10,3%	10,6%	9,7%	9,5%	10,5%	10,0%	10,1%
Общественное здравоохранение (СЭС и т.д.)	7,1%	6,8%	6,5%	5,7%	6,1%	5,7%	5,6%
Научно-исследовательские институты	0,7%	0,6%	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,7%
Администрация и бухгалтерия	0,7%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%	0,7%
Централизованные мероприятия	0,9%	1,3%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Капитальные вложения	4,4%	5,2%	3,5%	1,7%	1,6%	1,6%	2,2%
Обучение медработников	1,9%	1,5%	1,8%	1,5%	1,4%	1,1%	1,3%
Прочие услуги, не включённые в другие категории ^a	2,4%	2,1%	7,0%	7,5%	6,3%	6,6%	7,0%
Консолидированные бюджетные расходы на здравоохранение	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Источник: Данные Казначейства. Данные включают расходы по МЗ КР и ведомственным учреждениям здравоохранения. Не включены специальные средства и субвенции из Республиканского бюджета в ФОМС. Начиная с 1999 года, централизованные расходы на коммунальные услуги по Республиканским учреждениям отнесены на Республиканские учреждения пропорционально их прочим расходам.

Примечание: а Включает Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (с 1997 года), Республиканский центр иммунопрофилактики при МЗ КР, Республиканский медико-информационный центр и прочие центральные органы и службы МЗ КР.

Таблица 18. Распределение бюджетных расходов по статьям, в %^a

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Общие текущие расходы	91,0	90,9	91,7	93,7	94,9	94,1	94,6	94,8	94,0
Расходы на персонал ^b	56,1	5,4	52,1	51,5	56,1	50,1	52,3	52,8	53,5
из них категориальные гранты	0,0	0,0	5,7	61,0	55,2	4906	62,2	54,0	31,0
Командировочные	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3
Лекарственные средства и медикаменты	8,4	9,8	12,7	12,0	12,0	9,3	9,4	10,1	13,6
Питание	8,3	9,0	8,3	10,0	8,5	9,0	9,1	8,7	9,2
Коммунальные услуги (отопление, электричество, газ, телефон)	12,4	15,5	13,7	15,4	14,0	21,3	20,2	19,8	14,3
Транспортные расходы	2,5	2,0	1,8	1,8	2,0	2,2	1,9	1,9	2,2
Прочие приобретения	3,1	2,9	2,9	2,7	2,0	1,8	1,4	1,6	1,2
Всего, капитальные вложения	9,0	9,1	8,3	6,3	5,1	5,9	5,4	5,2	6,0
Оборудование и материалы	2,1	2,1	2,0	1,7	1,5	1,5	0,9	1,6	2,5
Здания, сооружения и строительные работы	4,4	4,8	3,4	1,7	1,5	1,5	2,1	0,8	0,9
Капитальный ремонт	2,5	2,2	2,8	2,9	2,0	2,9	2,4	2,8	2,6
Всего расходов из госбюджета	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Примечание: а Долевое распределение по статьям расходов не включает расходов по специальным средствам и субвенций из Республиканского бюджета в ФОМС;

б Расходы на персонал включают зарплату и отчисления в Социальный фонд.

Система предоставления услуг

Как и в других странах бывшего Советского Союза, организационная структура системы здравоохранения Кыргызстана была построена согласно советской модели. Страна унаследовала развитую сеть медицинских учреждений, и в настоящее время стоит перед задачей сохранения и реформирования дорогой и неэффективной системы в условиях крайне ограниченных ресурсов.

Услуги были организованы по-разному в городской и сельской местности. В сельской местности медицинские услуги в СССР предоставлялись фельдшерско-акушерскими пунктами, сельскими врачебными амбулаториями и сельскими участковыми больницами, которые все подчинялись центральным районным больницам. В городах поставщики медицинских услуг были представлены поликлиниками общего профиля и специализированными поликлиниками, а также городскими больницами и родильными домами. Узкоспециализированные больницы, диспансеры, центры и Республиканские учреждения различного уровня предоставляли специализированную медицинскую помощь. Широко развитая сеть учреждений санитарно-эпидемиологического надзора, таких как санитарно-эпидемиологические станции районного, областного и республиканского уровней, противочумные и дезинфекционные станции, предоставляли услуги общественного здравоохранения.

Учреждения здравоохранения строились согласно номенклатуре ЛПУ – классификации лечебно-профилактических учреждений с четким указанием численности персонала, оборудования, предоставляемых медицинских услуг, обслуживаемого населения и соответствующих норм. За время независимости номенклатура ЛПУ изменилась. В рамках реформы здравоохранения проводилась реструктуризация сети ЛПУ: на базе существовавших учреждений были созданы новые, многие ЛПУ были объединены, а неэффективно

работающие учреждения были упразднены и/или закрыты. Количество ЛПУ в 2003 году представлено в Таблице 19.

Таблица 19. Сеть ЛПУ, 2003

Номенклатура учреждения	Система МЗ КР	Ведомственные ЛПУ, 2002	Частный сектор
Группы семейных врачей (ГСВ)	668	2	
Фельдшерско-акушерские пункты (ФАП)	866	20	
Центры семейной медицины (ЦСМ)	87	2	
Поликлиника	1	16	
Стоматологические (зубные) поликлиники	33		
Участковые больницы (СУБ)	31		
Территориальные больницы	45		
Городские территориальные больницы	14	13	
Городские детские больницы	2		
Детские республиканские больницы	1		
Родильные дома	3		
Дома ребенка	3	1	
Областные объединённые больницы (ООБ), включая Национальный Госпиталь	8	5	
Противотуберкулёзные больницы	11		
Инфекционные больницы	1		
Психиатрические и наркологические больницы	2		
Прочие больницы	6		
Противотуберкулёзные диспансеры	16		
Кожно-венерологические диспансеры	2		
Психоневрологические диспансеры	2		
Онкологические диспансеры	2		
Наркологические диспансеры	1		
Санитарно-эпидемиологические станции (СЭС)	63	2	
Научно-исследовательские институты (НИИ), национальные центры	9		
Санатории	6		
Здравпункты		53	
Итого	1 879	114	49
Медперсонал			205
Врачи	12 902	763	
Средний медперсонал	31 557	1 208	

Источники: (5) – данные по системе МЗ КР и частным поставщикам; Национальный статистический комитет КР – данные по ведомственным учреждениям; Отдел лицензирования МЗ КР – данные по частным поставщикам.

Примечания: Не даётся разбивки частных поставщиков по типам учреждений, так как они не всегда соответствуют номенклатуре ЛПУ государственного сектора. Число ГСВ включает 31 ГСВ, зарегистрированных как юридическое лицо. Здравпункт – это, как правило, медицинский кабинет, штатно укомплектованный одним врачом и медсестрой и оснащённый лишь для оказания самой простой медицинской помощи работникам организации/предприятия на рабочем месте.

Частные поставщики медицинских услуг, образовавшиеся в переходном периоде, в основном расположены в крупных городах (Бишкек и областные центры). Они независимы и работают на коммерческой основе. Как правило, они оказывают населению узкоспециализированную помощь (стоматологическая помощь, косметические услуги, анонимное лечение инфекций, передающихся половым путем, фито- и нетрадиционная медицина, физиотерапия, зуботехника, офтальмологические услуги и т.д.) и обслуживают контингенты со средним и высоким уровнями дохода. Из общего числа частных ЛПУ менее 10% предоставляют больничные услуги. В 2002 году было зарегистрировано 12 частных больниц с мощностью от 3 до 50 коек (4). Законодательство последних лет предоставило возможность частным поставщикам участвовать в Программе государственных гарантий.

Первичная медико-санитарная помощь и общественное здравоохранение

Первичная медико-санитарная помощь, определяемая как первый контакт населения с системой здравоохранения, предоставляются фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), группами семейных врачей (ГСВ), центрами семейной медицины (ЦСМ) и службами скорой медицинской помощи.

Фельдшерско-акушерские пункты

ФАПы и ГСВ – это учреждения, в которые население обращается в первую очередь за медицинской помощью (место первого контакта населения с системой здравоохранения) в сельской местности. В советское время ФАПы создавались для предоставления медицинской помощи в малонаселённых сельских и отдалённых населённых 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 населённых пунктах ФАПы также укомплектованы акушеркой и медсестрой. Услуги, оказываемые ФАПами, ограничиваются самыми базовыми услугами, ante- и постнатальной помощью, иммунизацией и санитарно-просветительской деятельностью. Роженицы направляются в ближайшее больничное учреждение. Ранее находившиеся в административном подчинении центральных районных больниц в настоящее время ФАПы подчиняются ГСВ или ЦСМ своих районов.

Группы семейный врачей

ГСВ – это учреждения, образованные в последние годы на базе существовавших ЛПУ (ФАП, СВА, поликлиники и СУБ). ГСВ укомплектованы, по крайней мере, одним врачом, в дополнение к медсестрам и акушеркам, и обслуживают населенные пункты с населением свыше 2000 человек. Численность персонала зависит от численности населения населенного пункта. Введённая в качестве эксперимента в 1995 году при поддержке Программы ЗдравРеформ (ныне ЗдравПлюс), финансируемой ЮСАИД, в Иссык-Кульской области, модель ГСВ была постепенно внедрена по всей стране (в Чуйской области и Бишкеке в 1996–1997 гг., в Ошской и Джалал-Абадской областях – в 1999 году и далее в остальной части страны). ГСВ отвечают за оказание интегрированной первичной медико-санитарной помощи своему приписанному населению. С внедрением ГСВ в систему здравоохранения были внедрены принципы семейной медицины. В советское время все работники первичного звена были врачами-специалистами. При создании ГСВ в рамках масштабной программы переобучения врачам-специалистам были впервые предложены курсы по семейной медицине. Пока проводится подготовка семейных врачей, для обеспечения качества помощи ГСВ обычно состоит из трех врачей: терапевта, педиатра и акушер-гинеколога, а также акушерок и медсестер. Преимущество такой организации заключается в том, что она позволяет оказывать интегрированную первичную медико-санитарную помощь всей семье, тогда как раньше эти услуги предоставлялись отдельными учреждениями для взрослых, детей и женщин (женские консультации). Вслед за вышеуказанной первоначальной поддержкой ЮСАИД создание и усиление ГСВ велось при финансовой и технической поддержке Всемирного банка, Азиатского банка развития, ЮСАИД и Швейцарского агентства по развитию и сотрудничеству. Эта поддержка включала в себя ремонт зданий, оснащение необходимым оборудованием, обучение и информационную поддержку.

Сельские врачебные амбулатории

В советское время СВА были крупными учреждениями, способными обслуживать население от 6000 до 10 000 человек в сельской местности. Штат СВА обычно включал терапевта, педиатра, акушер-гинеколога, зубного врача, акушерку и медсестру. Соответственно большей мощности СВА предоставляли более широкий спектр медицинских услуг, которые, тем не менее, ограничивались медицинской помощью общего профиля. Как сельские учреждения и ФАПы, и СВА являлись структурными подразделениями

центральных районных больниц, которые вели централизованную бухгалтерию и медицинскую статистику в своём районе и, в свою очередь, подчинялись районным властям. К 2002 году последние СВА были либо преобразованы в ГСВ, либо полностью закрыты.

Центры семейной медицины

ЦСМ – самые крупные учреждения амбулаторно-поликлинической службы и расположены они в главных населенных пунктах района. Они предоставляют услуги первичной медико-санитарной помощи и специализированную амбулаторно-диагностическую помощь, включая инструментальную диагностику (в том числе рентген и ультразвуковое исследование). ЦСМ оказывает следующие виды услуг: медицинскую помощь детям, малую хирургию, восстановительное лечение, консультации по планированию семьи, акушерскую и перинатальную помощь, первую медицинскую помощь, назначение и выписку лекарственных средств, выдачу справок о болезни, оказание услуг на дому, а также санитарное просвещение населения и профилактику. Штат ЦСМ составляет от 10 до 20 специалистов. ЦСМ есть в каждом районе, так как они были созданы на базе поликлиник. ЦСМ также отвечают за все ГСВ и ФАПы своего района, хотя имеются ГСВ, являющиеся самостоятельными юридическими лицами. Какое-то время ценность ЦСМ находится под вопросом. В частности, широкое оказание специализированных услуг в непосредственной близости от территориальных больниц кажется неоправданной в условиях ограниченности ресурсов в стране. В настоящее время предпринимаются попытки определить амбулаторные отделения территориальных больниц в качестве места для оказания специализированной амбулаторной помощи (42).

Поликлиники

В советское время поликлиники были специализированными учреждениями. Существовали отдельные поликлиники для детей, взрослых, студентов и женщин, а также стоматологические поликлиники. Кроме того, существовали поликлиники для особых контингентов, например: поликлиники МВД для военнослужащих внутренних войск и поликлиники строителей. Организационно были поликлиники как отдельные учреждения и поликлиники как структурные подразделения центральных районных/городских или областных больниц. В рамках реструктуризации системы предоставления медицинских услуг различные виды поликлиник (исключая стоматологиче-

ские и ведомственные) были объединены в многопрофильные/объединённые поликлиники. Также на базе филиалов поликлиник формировались ГСВ. В 2002 году объединённые поликлиники были реорганизованы в ЦСМ.

Прочие службы

Стоматологические поликлиники, расположенные в районных центрах, были первыми ЛПУ, начавшими работать на платной основе в секторе здравоохранения. В настоящее время бесплатная стоматологическая помощь в государственных стоматологических поликлиниках предоставляется только пенсионерам, инвалидам и детям.

Скорая медицинская помощь (СМП) может рассматриваться как первый контакт населения с системой здравоохранения в экстренных случаях. Служба СМП доступна для населения 24 часа в сутки, однако в реальности материально-техническая база служб СМП (автопарк и медицинское оборудование) устарела, а финансовых средств на покупку запасных частей и топлива недостаточно, что ухудшает доступ к неотложной помощи. Ожидается, что введение новых методов расчетов с поставщиками медицинских услуг и внутреннее перераспределение ресурсов улучшит ситуацию. Организационно служба СМП является структурным подразделением крупных больниц (городские больницы СМП и территориальные больницы/центральные районные больницы в сельской местности). В 2004 году несколько служб СМП (отделения СМП) были переданы от территориальных больниц в ЦСМ, и этот процесс будет продолжаться.

В 2003 году в стране было 6 станций СМП, 86 отделений СМП, 126 бригад СМП общего профиля, 252 фельдшерских бригад СМП и 70 специализированных бригад СМП (4). В Бишкеке есть частная служба СМП, также доступная населению 24 часа в сутки по телефону. Это предприятие появилось достаточно недавно и обладает современной материально-технической базой, однако доступна лишь для богатейшего сегмента населения.

Дальнейшие вопросы первичного звена здравоохранения

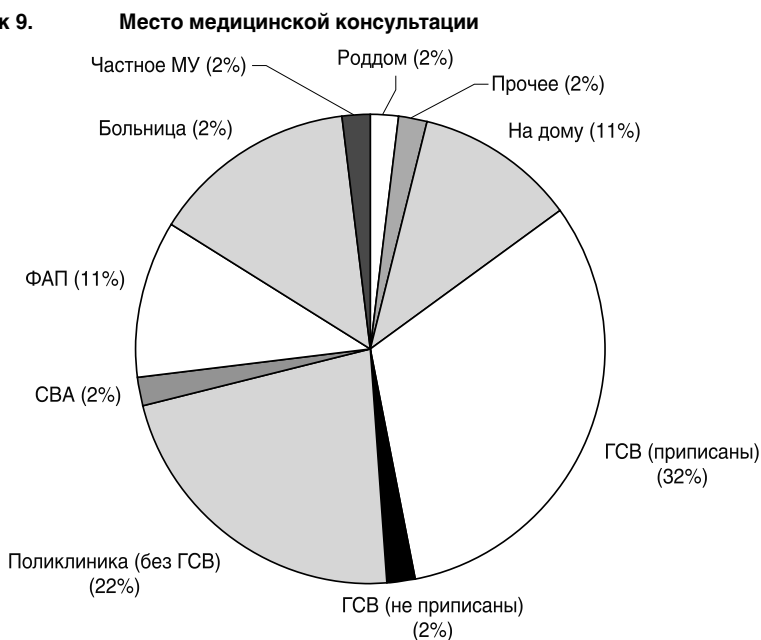
Высокое число самонаправлений в последние годы свидетельствует о том, что население пропускало первичное звено при обращении за медицинской помощью. Для решения этой проблемы функция диспетчера в системе здравоохранения возложена на ГСВ. Они должны направлять пациентов на более высокие уровни оказания помощи на основе клинических протоколов. В системе «единого плательщика» в Программу государственных гарантий

встроены стимулы для использования системы направлений. Так, например, без наличия направления от ГСВ застрахованные должны вносить более высокую сооплату за медицинские услуги.

Население имеет формальное право выбора ГСВ. Массовая информационно-образовательная кампания была проведена в Чуйской области и г. Бишкек в 1999 году для содействия приписке к ГСВ. Реальное же право выбора существует в отдельных городских частях страны, тогда как в оставшейся части население в действительности приписано в соответствии со своей пропиской.

Результаты выборочного обследования домашних хозяйств показывают, что в 2001 году большинство населения (73%), обратившегося за медицинской консультацией, обратилось к врачам в государственных ЛПУ, и только 2% обратились к частному врачу и 1% – к знахарю (37). Остальные обратились к зубному врачу (8%), медсестре (6%), акушеру (4%), фельдшеру (4%), и аптекарю (1%). Около трети всех консультаций были к ГСВ, к которому пациенты были приписаны (График 9).

График 9.



Распределение ЛПУ первичного уровня в разрезе город/село в 2003 году представлено в Таблице 20.

Таблица 20. ЛПУ первичного уровня, 2003

Номенклатура	Город	Село ^a
ГСВ	193	475
ФАП	14	852
ЦСМ	38	49

Источник: (4).

Примечание: а Здесь в качестве показателя для числа ЛПУ в сельской местности взяты ЛПУ районного уровня.

Реорганизация службы первичного здравоохранения ещё не завершена. ГСВ берут на себя все больше обязанностей в системе здравоохранения. В частности, теперь они отвечают за вмешательства, связанные с ранним выявлением отдельных заболеваний, иммунизацию и социальный патронаж, включая антенатальную помощь. Все больше времени также расходуется на административную и бумажную работу. В связи с тем, что маленькие ГСВ начали сталкиваться с трудностями в предоставлении услуг ввиду их ограниченной мощности, начиная с 2001 года, маленькие ГСВ начали объединяться с целью получения эффектов масштаба. В результате этого между 2000 и 2003 годами количество ГСВ сократилось с 800 до 668. Ещё предстоит принять дальнейшие решения о статусе ГСВ в контексте дальнейшей реструктуризации системы предоставления услуг.

Услуги общественного здравоохранения

Услуги общественного здравоохранения в стране предоставляются службой санитарно-эпидемиологического надзора и центрами укрепления здоровья. Если первая отвечает за охрану здоровья, то вторые отвечают за укрепление здоровья.

Как функция укрепления здоровья было передано от санитарно-эпидемиологической службы новому Республиканскому центру укрепления здоровья с целью освобождения службы укрепления здоровья от подхода пропаганды и контроля, который традиционно доминировал в санэпидслужбе, и позволить ей развивать современные концепции укрепления здоровья. Служба укрепления здоровья состоит из Республиканского центра укрепления здоровья, городских центров укрепления в гг. Бишкек и Ош, областных центров укрепления здоровья и отделов укрепления здоровья на районном уровне. Районные отделы укрепления здоровья были пилотированы в Нарынской области (при поддержке Швейцарского Красного Креста в рамках проекта, финансируемого Швейцарским агентством по развитию и сотрудничеству), и предполагается, что они будут создаваться по всей стране, начиная с 2005

года. Была разработана концепция укрепления здоровья, основанная на принципах Оттавской хартии по укреплению здоровья (хартия, принятая в 1986 году на Первой международной конференции по укреплению здоровья). Мероприятия по укреплению здоровья осуществлялись при финансовом и техническом содействии международных доноров, особенно Швейцарского Красного Креста. В качестве стратегии укрепления здоровья в сельской местности была предложена активность общин в здравоохранении, которая показала заметные результаты в решении определенных проблем со здоровьем, таких как йододефицит и бруцеллез. Цель отделов укрепления здоровья заключается в поддержке действий общин в рамках стратегии и в выступлении в роли связующего звена между системой здравоохранения и общинными организациями, работающими над вопросами здоровья. С 2003 года ВОЗ оказывает содействие в разработке Национальной программы здоровья и развития населения, которая предполагает межотраслевую стратегию укрепления здоровья.

Система санитарно-эпидемиологического надзора работает на национальном, областном, городском и районном уровнях. Помимо Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДГСЭН), имеется 7 областных и 50 районных и городских СЭС. Кроме ДГСЭН, созданного в 1997 году, санэпидслужба также включает ведомственные СЭС, Республиканский центр иммунопрофилактики при МЗ КР, Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций при МЗ КР, а также Республиканское объединение «СПИД» и 7 областных центров по профилактике ВИЧ/СПИДа и Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина».

Исторически санитарно-эпидемиологическая служба имела функцию «охраны здоровья здоровых». Она осуществляла деятельность по:

- разработке санитарных норм и правил (СанПиН), участию в разработке государственных стандартов (ГОСТ) и отраслевых стандартов (ОСТ), строительных норм и правил (СНиП);
- предотвращению и ликвидации загрязнения окружающей среды (почвы, вод и воздуха);
- предотвращению и ликвидации инфекционных и паразитарных заболеваний, предотвращению проникновения и распространения карантинных инфекций в стране;
- оздоровлению продуктов питания, предотвращению пищевых отравлений и заболеваний;
- оздоровлению условий труда на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве (включая отрасли, использующие радиоактивное и

ионизирующее излучение), предотвращению общей и профессиональной заболеваемости;

- санитарному просвещению населения и пропаганде здорового образа жизни (43).

Санитарно-эпидемиологическая станция (СЭС) является основным элементом санитарно-эпидемиологической службы. Штат СЭС комплектуется санитарными врачами, эпидемиологами и их помощниками (санитарные фельдшеры). Помимо этого, в штате также присутствуют инженеры, физики, биологи, энтомологи и техники. СЭС имеет, как правило, два отдела: а) санитарный отдел, занимающийся гигиеной детей и подростков, труда, питания и местной гигиеной; и б) эпидемиологический отдел, осуществляющий деятельность по паразитологическим, дезинфекционным, иммунологическим и эпидемиологическим вопросам. Лаборатории (обычно бактериологическая, вирусологическая и санитарная) обслуживают оба отдела.

ДГСЭН успешно осуществил мероприятия по исполнению законов, государственных и национальных программ, в том числе: Государственную программу «Здоровая нация», Национальную программу по профилактике ВИЧ/СПИД и БППП на 1997–2000 гг., «Туберкулёз» на 1996–2000 гг. и «Иммунопрофилактика» на 1994–2000 гг.. Осуществляются мероприятия по следующим видам деятельности: питьевая вода, радиационная безопасность, профилактика йододефицитных заболеваний (обогащение пищевой соли), профилактика вакцино-предотвратимых заболеваний, безопасность хвостохранилищ и малярия. Наиболее тесная связь между службами общественного здравоохранения и первичного звена имеет место в осуществлении деятельности по внедрению стратегии ДОТС и вакцинации.

Координируемые Республиканским центром иммунопрофилактики с 1994 года, успешно осуществляются мероприятия по вакцинации. Техническая и финансовая помощь международных доноров (ЮНИСЕФ, ВОЗ и CDC) была крайне важна для достижения высоких уровней охвата иммунизацией (Таблица 21).

Как видно из Таблицы 21, в отдельные годы охват иммунизацией определённых инфекций был очень низок либо был нулевым. Такая ситуация имело место из-за недофинансирования мероприятий по иммунизации из Республиканского бюджета. Благодаря успешному управлению донорскими средствами и средствами Республиканского бюджета, уровень охвата иммунизацией по многим заболеваниям был расширен в 2002 и 2003 гг. с внедрением тройной вакцинации против кори, паротита и краснухи и расширением иммунизации против гепатита В.

Таблица 21. Охват иммунизацией детей по отдельным заболеваниям, 1992–2003

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Туберкулез (БЦЖ)	96,5	95,0	97,4	96,4	99,8	97,1	94,4	98,9	98,3	98,9	99,1	99,4
Дифтерия, коклюш, столбняк	84,4	64,4	82,0	93,1	97,7	98,1	97,4	99,2	98,7	98,6	98,6	98,7
Полиомиелит	91,4	69,3	83,5	96,2	94,2	99,1	97,4	99,3	98,7	98,6	98,6	98,7
Гепатит В	-	-	-	-	-	-	-	10,4	43,7	57,4	98,9	98,7
Корь, паротит, краснуха	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87,8	99,6
Корь	94,0	92,9	88,3	97,1	98,0	98,0	98,0	97,5	97,8	98,9	11,5	-
Паротит	79,4	56,6	15,7	0,01	94,3	94,3	98,8	94,9	92,0	7,6	-	-

Источник: Республиканский центр иммунопрофилактики.

Материально-техническая база системы ДГСЭН слаба: многие лаборатории и медицинское оборудование устарели и требуют обновления. ДГСЭН имеет свою вертикальную систему отчетности по эпидемиологической ситуации в стране с информационными потоками с районного уровня на областной и далее на национальный. Эта информационная система не компьютеризирована и отдельна от информационной системы здравоохранения, управляемой ФОМС.

В службе ДГСЭН имела место незначительная реорганизация с 1990 года. В 2004 году претерпело изменение финансирование санэпидслужбы. Тем не менее, в целом служба отстаёт от реформы здравоохранения по следующим компонентам: реструктуризация системы предоставления услуг, изменение системы финансирования и медицинское образование и переобучение. Запланированная реформа системы ДГСЭН предполагает интеграцию некоторых функций СЭС в ГСВ и рационализацию сети санэпиднадзора. Информационная система ДГСЭН будет интегрирована с информационной системой здравоохранения ФОМС. Детальный план реформы службы общественного здравоохранения представлен в компоненте «Общественное здравоохранение» Проекта Всемирного банка «Здравоохранение–II».

Вторичная и третичная помощь

Вторичная помощь

Вторичная помощь предоставляется на уровне специализированной амбулаторной и общей госпитальной помощи. Она отличается в городской и сельской местности. ЦСМ и амбулаторные отделения больниц общего про-

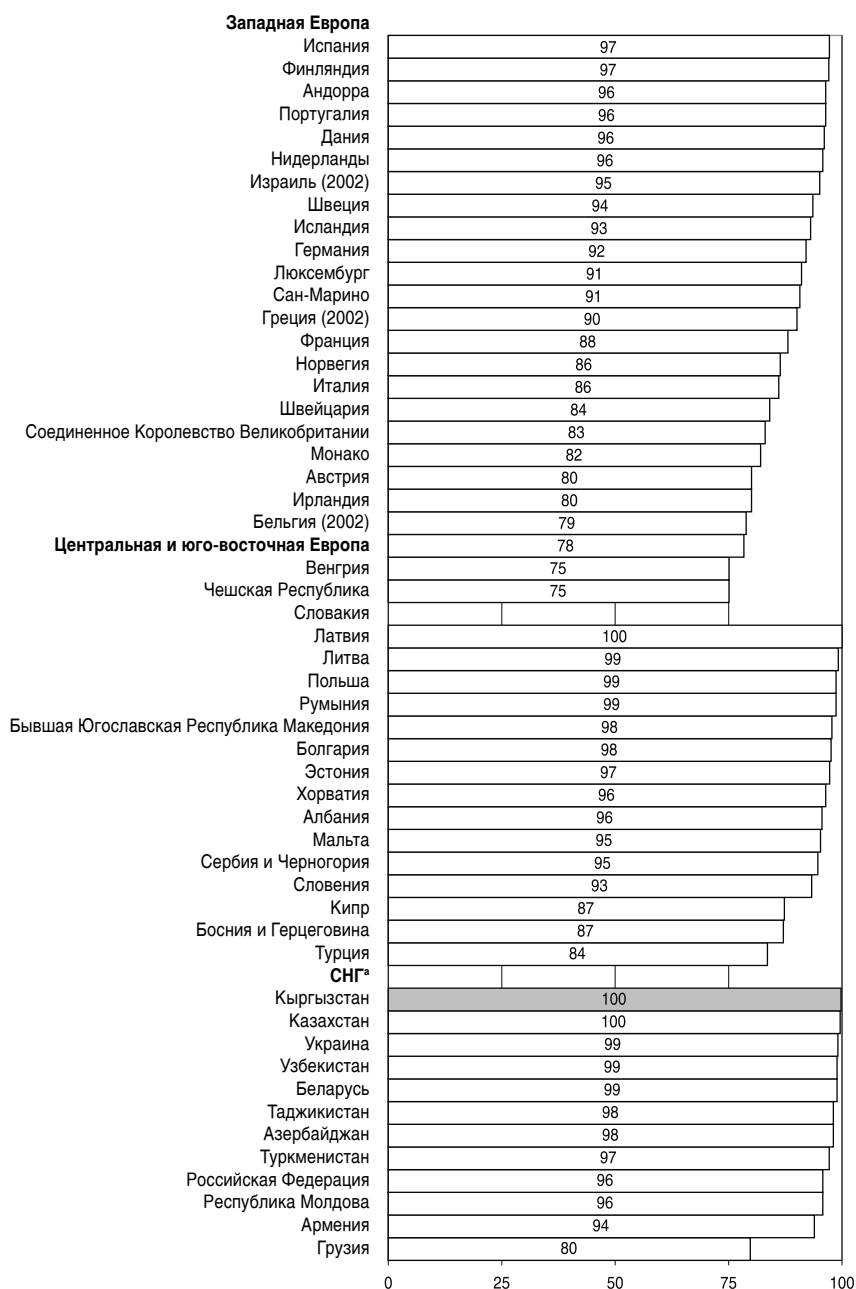
филя являются поставщиками специализированной амбулаторной помощи. Поставщиками общей госпитальной помощи являются территориальные (городские и районные) больницы, филиалы территориальных больниц, сельские участковые больницы, городские детские больницы, родильные дома и областные объединенные больницы.

Сельские участковые больницы (СУБ) – это основные ЛПУ, предоставляющие больничные услуги в отдаленной сельской местности. Штат СУБ комплектуется 4 категориями врачей: педиатрами, терапевтами, гинекологами и в некоторых случаях зубными врачами. СУБ – самые маленькие больничные учреждения. Обычно рассчитанные на 25–30 коек, помимо общей госпитальной помощи, СУБ также предоставляют амбулаторную медицинскую помощь. В общем СУБ работают неэффективно, потому что их основная роль – обеспечить физический доступ к медицинским услугам относительно небольшим населённым пунктам в удалённых районах. Во многих СУБ нет электричества или водоснабжения. Использование устаревшего медицинского оборудования и его недостаточность отрицательно сказываются и ограничивают возможности оказания качественных медицинских услуг. Многие СУБ были закрыты либо реорганизованы в ГСВ, ЦСМ или филиалы территориальных больниц. Планы реструктуризации предполагают дальнейшую реорганизацию СУБ в амбулаторные учреждения или филиалы территориальных больниц.

Городские больницы всех профилей, т.е. взрослые, детские и родильные дома/гинекологические больницы, предоставляют госпитальную помощь в городах. В отличие от сельских больниц эти ЛПУ не имели поликлиник в своей структуре, так как поликлиники в городах обычно представляли собой отдельные ЛПУ. В результате реструктуризации городские больницы были преобразованы в территориальные (городские) больницы путем слияния горбольниц, расположенных в одном городе, и закрытия неэффективных учреждений, либо преобразования их в ГСВ или ЦСМ.

Областные объединенные больницы (ООб) предоставляют специализированную амбулаторную, а также общую и специализированную госпитальную помощь на областном уровне. Эти ЛПУ обычно расположены в областных центрах и располагают самой большой мощностью в области (за исключением республиканских учреждений). ООб являются результатом реструктуризации 2000 года, когда были упразднены областные управления здравоохранения. В качестве промежуточной меры административные функции областных управлений здравоохранения были переданы ООб, которые объединили ЛПУ общего профиля, а также специализированные и парамедицинские ЛПУ (такие как диспансеры, противотуберкулёзные больницы, станции

График 10. Уровни иммунизации против кори в Европейском регионе ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: * Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

переливания крови, судебно-медицинскую экспертизу и прочие). Планы реструктуризации предполагают дальнейшее объединение специализированных ЛПУ с ООБ и постепенное улучшение инфраструктуры и служб за счет оптимизации их материально-технической базы и эффектов масштаба.

Третичная помощь

Третичная помощь оказывается Республиканскими ЛПУ: национальными госпиталями, центрами и научно-исследовательскими институтами на национальном уровне и специализированными диспансерами на национальном и субнациональном уровнях. Это узкоспециализированные учреждения, охватывающие кардиологию, туберкулез, онкологию и радиологию, акушерство и педиатрию, лечение инфекционных болезней, а также психических заболеваний и расстройств. Все учреждения третичного уровня могут оказывать специализированные амбулаторные, общие и специализированные госпитальные услуги так же, как учреждения вторичного уровня могут оказывать услуги первичного звена и специализированную амбулаторную помощь.

Как правило, Республиканские ЛПУ имеют специалистов наивысшей категории и располагают лучшей материально-технической базой и инфраструктурой в секторе здравоохранения. Они также являются клиническими базами для медицинского обучения и научных исследований. В 2003 году в ЛПУ Республиканского уровня было занято 3269 врачей и 2742 среднего медперсонала (4). Почти все Республиканские ЛПУ расположены в Бишкеке. Они должны оказывать медицинские услуги третичного уровня населению всей республики в независимости от места постоянного проживания, но на практике большинство пациентов Республиканских ЛПУ – жители Чуйской области и Бишкека, а предоставляемые ими услуги – услуги скорее вторичного, чем третичного уровня. Такая концентрация ЛПУ в Бишкеке привела к огромной разнице в государственном финансировании здравоохранения на душу населения. В 2001 году в Бишкеке расходовалось 532 сома на душу населения против общереспубликанской средней в 267 сомов (38). Реструктуризация бишкекских ЛПУ, включая Республиканские учреждения, была запланирована в рамках программы «МАНАС» с 1996 года, однако до 2002 года реструктуризации не было, так как по данному вопросу не удавалось достичь политического консенсуса. К 2004 году Республиканская детская клиническая больница и Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии были объединены в Национальный центр педиатрии и детской хирургии. При этом отдельные отделения стали структурными подразделениями Национального госпиталя.

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. Высоко специализированные (наркологическое, родовспомогательное и микрохирургия глаза), данные учреждения обслуживают высокодоходные группы населения, включая иностранных граждан.

Дальнейшие вопросы вторичной и третичной помощи

МЗ КР признает, что больничный сектор является сектором с излишними мощностями, поэтому рационализация больничной службы стала важной целью политики здравоохранения. Число больничных коек было резко сокращено по всей стране.

Таблица 22. Число больничных коек и средняя продолжительность пребывания на койке, 1990–2003

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Число больничных коек	52 600	38 703	38 197	38 332	37 441	36 108	34 412	30 313	27 447	26 594
Число больничных коек на 10 000 нас.	119,8	85,7	84,1	83,3	81,3	74,6	70,4	61,9	55,3	52,8
Средняя продолжительность пребывания больного на койке	14,9	14,7	15,0	14,5	14,6	14,1	13,7	13,3	13,0	12,5
Работа койки	–	–	19,6	21,0	20,3	21,6	22,3	22,9	22,9	–
Число больничных коек в Республиканских ЛПУ	5 405	6 020	6 105	7 766	7 824	7 685	7 681	7 114	6 829	6 658
Средняя продолжительность пребывания больного на койке в Республиканских ЛПУ	23,5	23,6	22,3	22,5	23,3	21,8	21,7	21,1	20,5	19,8

Источник: (4).

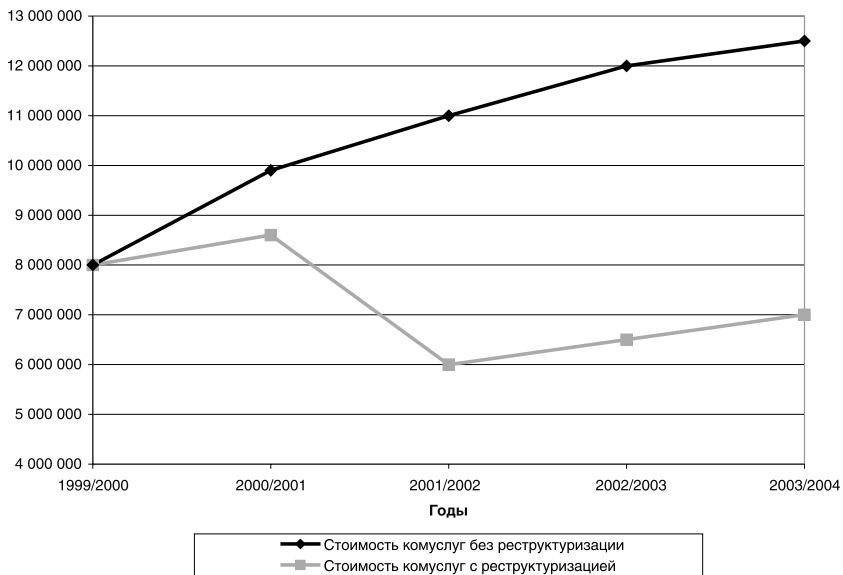
Тем не менее, еще больший экономический эффект ожидается от рационализации зданий и сооружений, хотя потенциальные выгоды имеют риск снижения значимости ввиду роста тарифов на электроэнергию, который произошел в результате дерегулирования и приватизации коммунальных служб.

На Графике 11 показаны экономические выгоды, полученные по коммунальным расходам вследствие реструктуризации больниц, последовавшей вслед за внедрением реформ «единого плательщика».

Также имеются немногочисленные данные об удовлетворенности пациентов качеством госпитальных услуг. Результаты Опроса выписанных пациентов, проведенного среди пациентов, которые были госпитализированы в больницах государственного сектора в феврале 2001 года, показывают, что 56% пациентов оценили качество госпитальных услуг как «хорошее» или «очень хорошее», 41,2% – как «удовлетворительные» и лишь 2,7% – как «низкое» или «очень низкое» (45).

До сих пор улучшения в управлении здравоохранением достигались путем внедрения системы управления качеством в рамках обязательного медицинского страхования, развития информационной системы здравоохранения и разработки клинических протоколов, основанных на принципах доказательной медицины. В «Концепции улучшения качества медицинских услуг в Кыргызской Республике на 2004–2008 годы», разработанной в 2004 году, определены следующие стратегические направления :

График 11. Сравнение стоимости комуслуг в восьми обследованных больницах с и без реструктуризации, КР, в сомах, 1999–2004 гг.



Источник: (44).

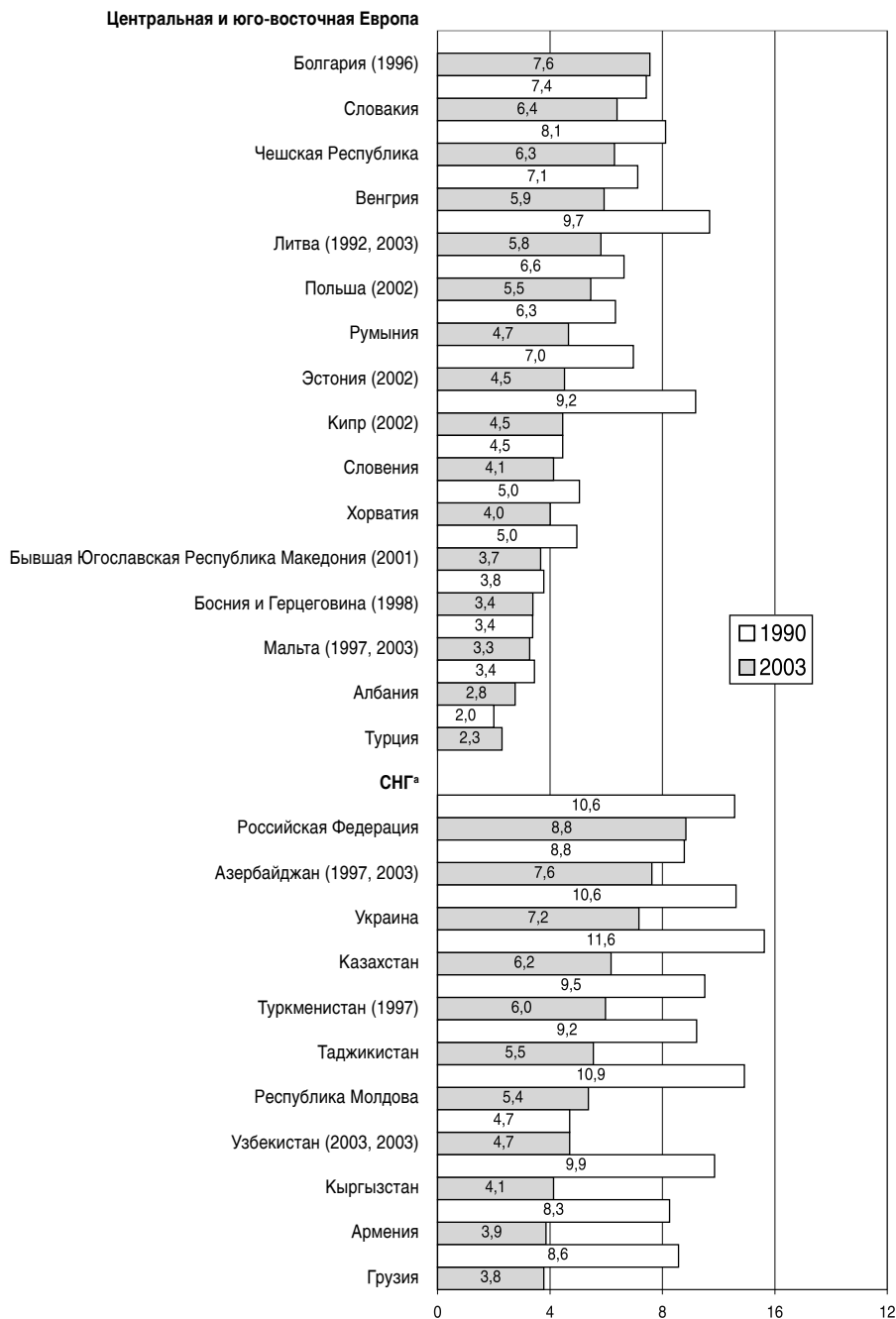
- Повышение профессиональной компетентности медицинских работников
- Стимулирование мотивации медицинских работников к оказанию качественных медицинских и профилактических услуг
- Улучшение доступности медицинских работников к ресурсам и информации для осуществления качественной профессиональной деятельности
- Вовлечение и улучшение доступности населения к ресурсам здравоохранения и информации по вопросам охраны и укрепления здоровья
- Осуществление мероприятий, направленных на улучшение качества медицинских услуг
- Разработка и совершенствование регуляторных механизмов в области улучшения качества медицинских услуг.

Концепция определяет роли различных участников в секторе здравоохранения в отношении управления здравоохранением, включая Минздрав, ФОМС, Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники, поставщиков медицинских услуг и профессиональные ассоциации.

Социальная помощь

В Кыргызстане за социальную помощь отвечает Министерство труда и социальной защиты (МТиСЗ), которое обеспечивает социальные пособия и льготное медикаментозное обеспечение уязвимых групп населения (см. секцию о *Пакете медицинских услуг*). Тем не менее, между системами здравоохранения и социальной помощи мало связующих звеньев, и семьи остаются наиболее

График 12. Число больничных коек на 1 000 населения в регионе Центральной и Восточной Европы и СНГ, 1990 и 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)

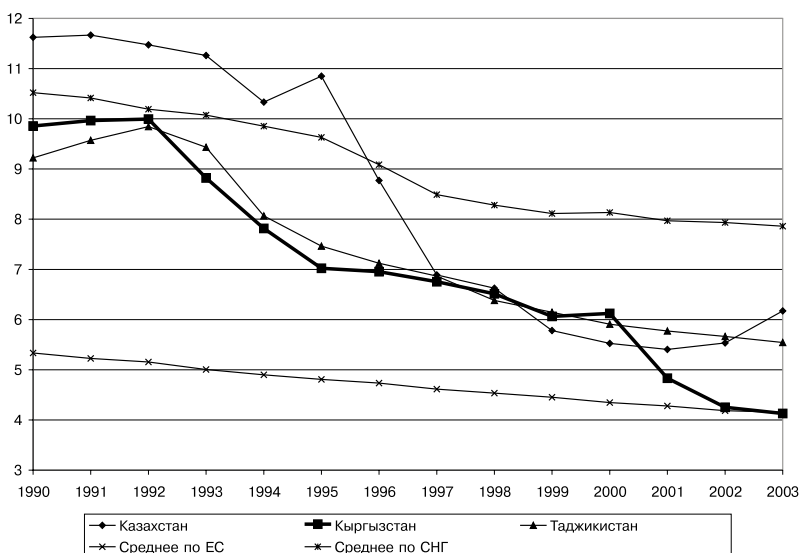


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: ^а Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

Кыргызстан

График 13. Число коек для острых случаев на 1000 населения в Кыргызстане и отдельных странах, 1990–2003



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский Союз; страны без данных не включены.

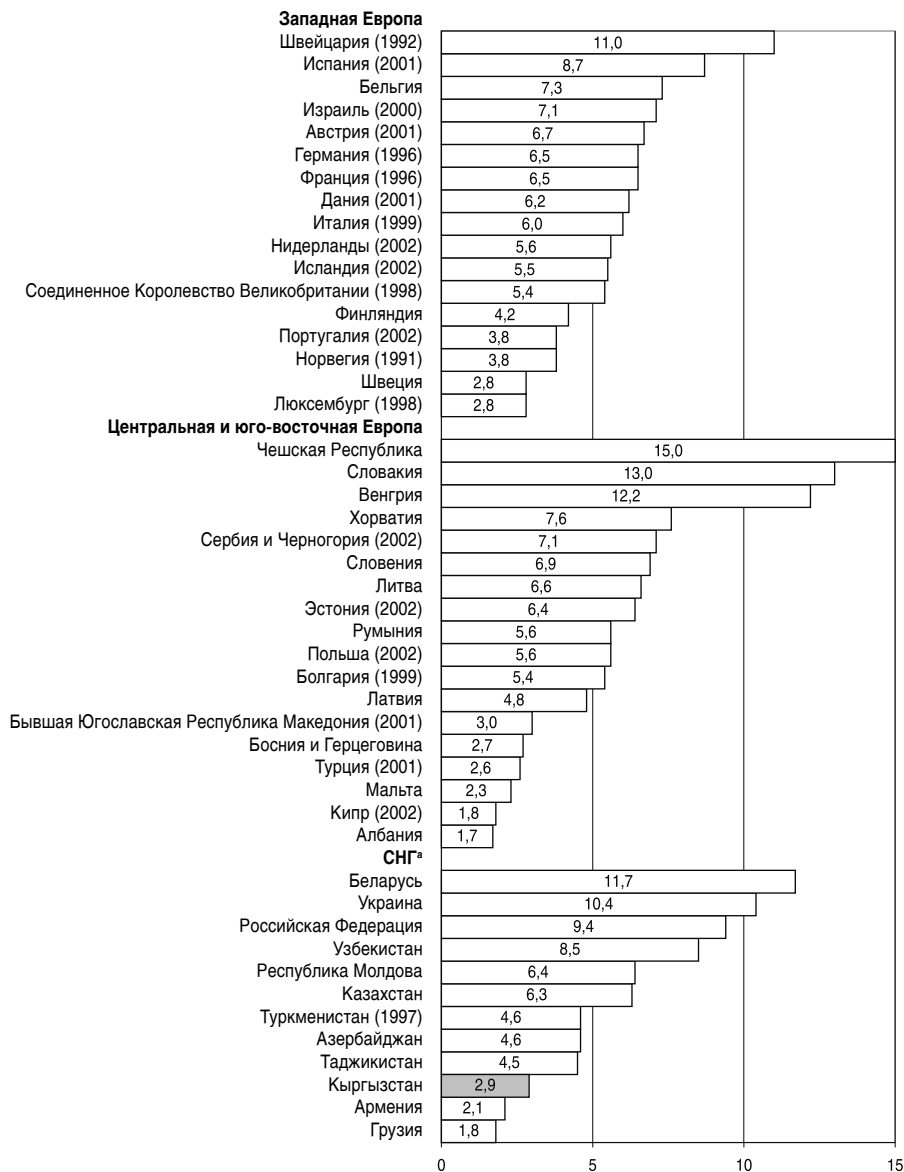
В стране имеется 57 отделов социальной помощи на дому, ежегодно обслуживающих свыше 10 000 инвалидов и престарелых, и около 30 территориальных центров дневного пребывания, которые, помимо социально-психологической помощи, оказывают различные бесплатные услуги. Свыше 800 социальных работников оказывают одиноким пенсионерам и инвалидам помощь и являются важными поставщиками социальной помощи. Социальная помощь, оказываемая государством, главным образом оказывается в учреждениях. МТиСЗ содержит 13 интернатов, в которых постоянно проживают около 2 000 инвалидов (детей и взрослых), престарелых и людей с проблемным здоровьем. В ведении министерства также находится Экспериментальный протезно-ортопедический реабилитационный центр, в котором производится специальная обувь, предназначенная для инвалидов, и прочие приспособления и аппараты для облегчения повседневной жизни инвалидов. В настоящее время Центром обслуживается свыше 6 000 инвалидов. В системе профессионально-технических училищ МТиСЗ предоставляется образование уязвимым группам: безработным, сиротам, инвалидам и людям, содержащимся в исправительных учреждениях (46).

Таблица 23. Использование стационарной помощи и деятельность больниц для острых случаев в Европейском регионе ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные

	Число больничных коек на 1000 нас.	Число госпитализаций на 1000 нас.	Среднее пребывание больного, в днях	Занятость койки (%)
Западная Европа				
Андорра	2,5	10,2	6,7 ^d	70,0 ^d
Австрия	6,0	28,8	6,4	76,2
Бельгия	5,8 ^b	16,9 ^d	8,0 ^d	79,9 ^b
Дания	3,4 ^a	17,8 ^b	3,6	83,5 ^c
Финляндия	2,3	19,9	4,3	74,0 ^b
Франция	3,9 ^a	20,4 ^d	5,5 ^d	77,4 ^d
Германия	6,2 ^a	20,7 ^a	8,6 ^a	79,4 ^a
Греция	3,9 ^f	15,0 ^e	6,4 ^a	66,6 ^e
Исландия	3,7 ^g	17,2 ^a	3,7 ^a	–
Ирландия	3,0	14,1	6,5	84,2
Израиль	2,1	17,5	4,2	96,0
Италия	3,6	15,2 ^a	6,8 ^a	76,9 ^a
Люксембург	5,5	18,4 ^f	7,7 ^e	74,3 ^f
Монако	15,5 ^h	–	–	–
Нидерланды	3,1 ^a	8,8 ^b	7,4 ^b	58,4 ^b
Норвегия	3,1	17,1	5,4	88,5
Португалия	3,2 ^b	11,7 ^e	7,3 ^e	75,5 ^e
Испания	2,8 ^b	11,8 ^b	7,0 ^b	77,2 ^b
Швеция	2,2	15,0	6,2	77,5 ^a
Швейцария	4,0 ^b	16,3 ^a	9,2 ^a	84,6 ^a
Соединенное Королевство Великобритании	2,4 ^a	21,4 ^g	5,0 ^g	80,8 ^a
Центральная и юго-восточная Европа				
Албания	2,8	–	–	–
Босния и Герцеговина	3,3 ^a	7,2 ^a	9,8 ^a	62,6 ^d
Болгария	7,6 ^b	14,8 ^b	10,7 ^g	64,1 ^g
Хорватия	3,7	14,4	8,4	90,7
Кипр	4,1 ^a	8,0 ^b	5,8 ^b	73,5 ^a
Чешская Республика	6,3	20,4	8,4	74,1
Эстония	4,5 ^a	17,2 ^a	6,9 ^a	64,6 ^a
Венгрия	5,9	23,2	6,7	77,2
Латвия	5,5	18,3	–	–
Литва	5,8	21,5	7,9	73,6
Мальта	3,3	10,8	4,6	83,4
Польша	4,7 ^a	–	–	–
Румыния	4,5	–	–	–
Сербия и Черногория	–	–	9,7 ^a	–
Словакия	6,4	17,7	8,5	64,8
Словения	4,0	16,2	6,1	68,1
Бывшая Югославская Республика Македония	3,4 ^b	8,2 ^b	8,0 ^b	53,7 ^b
Турция	2,3	8,1	5,6	61,9
СНГ				
Армения	3,9	6,5	8,7	40,7
Азербайджан	7,6	4,8	15,8	26,1
Беларусь	–	–	–	88,7 ^f
Грузия	3,8	4,8	7,4	89,5
Казахстан	6,2	16,4	10,8	84,6
Кыргызстан	4,1	12,3	10,0	87,6
Республика Молдова	5,4	16,0	9,1	74,8
Российская Федерация	8,8	22,0	12,6	86,0
Таджикистан	5,5	9,2	12,0	83,3
Туркменистан	6,0 ^f	12,4 ^f	11,1 ^f	72,1 ^f
Украина	7,2	19,6	12,1	90,4
Узбекистан	4,7	13,8	–	82,0

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
Примечание: a 2002; b 2001; c 2000; d 1999; e 1998; f 1996; g 1195; h 1994; СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский Союз; страны без данных не включены.

График 14. Число амбулаторных посещений на одного человека в Европейском регионе ВОЗ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

Примечание: а СНГ – Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

и услуги, такие как покупка для и за них продуктов в магазине и на рынках, оплата счетов, мелкий ремонт по дому и иные услуги.

Министерство образования и культуры отвечает за помощь детям, не способным к обучению. Оно содержит 19 школ для детей со специальными нуждами (слепых, глухих, немых). Медицинская помощь хронически больным и психически больным людям, включая страдающих пристрастием к алкоголю и наркотикам, является прерогативой Минздрава. Услуги в рамках социальной помощи предоставляются согласно интегрированному методу, а часть социальных услуг включена в Программу государственных гарантий и оказывается в рамках системы «единого плательщика».

Ведущим учреждением по психическому здоровью в стране является Национальный центр психического здоровья при МЗ КР (НЦПЗ). Помимо НЦПЗ, в стране есть ещё 4 отдельных ЛПУ, предоставляющих кратко- и долгосрочную помощь психически больным: 1 психиатрическая и 1 наркологическая больницы (обе – Республиканские учреждения), 1 психоневрологический диспансер и 1 наркологический диспансер. В стране имеется 2328 психиатрических коек, включая 130 детских; 297 наркологических коек; 1108 неврологических коек и 15 психосоматических коек (4). Национальная программа психического здоровья была принята в 2000 году вслед за принятием Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан» в 1999 году.

Сеть социальной защиты, унаследованная Кыргызстаном из советского прошлого, сложна, но неэффективна. При содействии Всемирного банка и других грантовых агентств Правительство пытается сделать сеть социальной защиты более адресной и доступной. Международные и местные НПО поддерживают обеспечение социальной помощи и развитие общинной помощи. Общество Красного Полумесяца КР (ОКП) имеет сеть социальных работников и медсестёр, оказывающих уход на дому и социальные услуги зависимым и социально изолированным престарелым людям, инвалидам и беженцам. Это включает в себя покупку продуктов питания, плату за коммунальные услуги, помощь в работе по дому, приготовление пищи и консультирование. ОКП также управляет двумя медицинскими центрами, предоставляющими услуги первичного звена беженцам (из Таджикистана). Кроме того, ОКП оказывает поддержку 175 сельским больницам в покупке медикаментов и с 1998 года – сестринским/фельдшерским пунктам в Ошской области. Наконец, ОКП управляет домом престарелых на 40 мест и домом для брошенных детей (29).

Программа развития ООН и другие доноры поддерживают проекты по развитию общин, такие как создание групп взаимопомощи и групп самопомощи. Эти проекты нацелены прежде всего на развитие сберегательных и кредитных отношений в общинах для начала программ микрокредитования. Помимо экономического развития общин, эти проекты также стимулируют развитие мышления с позиции общины и развивают взаимопомощь внутри общины.

Фонд народонаселения ООН поддерживает проект социального патронажа в южных регионах страны. 300 работников социального патронажа базируются в зданиях ЛПУ и предоставляют социальную и медицинскую помощь и консультирование уязвимым семьям. Их первоочередной функцией является консультирование по вопросам репродуктивного здоровья.

Международный благотворительный детский фонд «Мээрим» поддерживает дома ребёнка. При поддержке Фонда построен и поддерживается огромный комплекс для брошенных детей, получивший название «Детская деревня». В настоящее время Фонд осуществляет поддержку строительства детского реабилитационного центра в Иссык-Кульской области.

Человеческие ресурсы и обучение

В 2003 году в системе МЗ КР было занято 12 902 врача (25,6 на 10 000 населения) и 31 557 среднего медицинского персонала (62,6 на 10 000 населения). Из них 10 737 практикующих врачей и 25 332 практикующего среднего медперсонала. Данные о численности медицинского персонала, занятого в системе учреждений МЗ КР, представлены в Таблице 24.

Человеческие ресурсы здравоохранения распределены по Республике неравномерно (Таблица 25). Укомплектованность медицинскими кадрами в северных регионах лучше, чем в южных, где ощущается нехватка врачей. Кроме того, имеет место избыток врачей в городах и их нехватка в сельской местности. В Бишкеке врачей почти вдвое больше, чем в Баткенской или Джалал-Абадской областях. Этому есть несколько объяснений. Предшествовавшая система обязательного распределения выпускников медицинских образовательных учреждений распалась за годы переходного периода. На сегодняшний день усилия Минздрава воссоздать обязательность распределения в сельскую местность не достигли результата. Другой причиной концентрации врачей в городах является концентрация ЛПУ в столице и областных центрах. Сельские же учреждения зачастую плохо оснащены и снабжаются необходимыми материалами, а условия жизни в сельской местности хуже. Нерегулярная выплата зарплаты также является одной из причин нежелания медицинских работников работать в сельской местности.

Таблица 24. Численность медицинского персонала системы Минздрава, 1991–2003

	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Число врачей, все специальности	15 354	14 377	14 963	14 354	14 252	14 113	13 799	13 379	12 909	12 908
Число врачей на 10 000 населения	34,1	31,7	32,9	31,2	30,5	29,1	28,2	27,2	26,0	25,6
Число практикующих врачей	–	9453	9632	9380	10241	9173	9062	8849	10317	10 737
Число стоматологов	1 285	1 082	1 128	1 263	1 279	1 257	1 120	1 077	1 053	992
Число стоматологов на 10 000 населения	2,9	2,5	2,5	2,4	2,7	2,6	2,3	2,2	2,1	2,0
Число зубных врачей	269	216	208	211	204	186	191	155	131	141
Число зубных врачей на 10 000 населения	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Число среднего медицинского персонала	42 448	41 042	39 881	37 780	37 354	37 416	35 935	33 698	32 214	31 557
Число среднего медицинского персонала на 10 000 населения	94,7	90,9	87,7	82,0	80,0	77,4	73,5	68,4	64,9	62,6
Число практикующего среднего медперсонала	–	33 149	32 078	30 026	30 151	30 270	29 310	27 037	26 152	25 332
Число выпускников врачей	756	780	777	723	752	631	657	584	754	777
Число выпускников среднего медперсонала	3 107	2 834	2 115	2 175	2 535	2 569	1 551	2 817	2 955	2 888

Источник: (4).

Таблица 25. Географическое распределение медицинского персонала на 10 000 населения в 2003 году

Регион	Врачи всех специальностей	Средний медперсонал
Бишкека	30,1	32,9
Ош	25,2	52,1
Иссык-Кульская область	20,2	50,4
Нарынская область	20,2	75,5
Таласская область	18,7	61,9
Чуйская область	18,2	42,0
Ошская область	14,9	71,5
Джалал-Абадская область	15,4	66,4
Баткенская область	15,4	80,4
ИТОГО	25,6	62,6

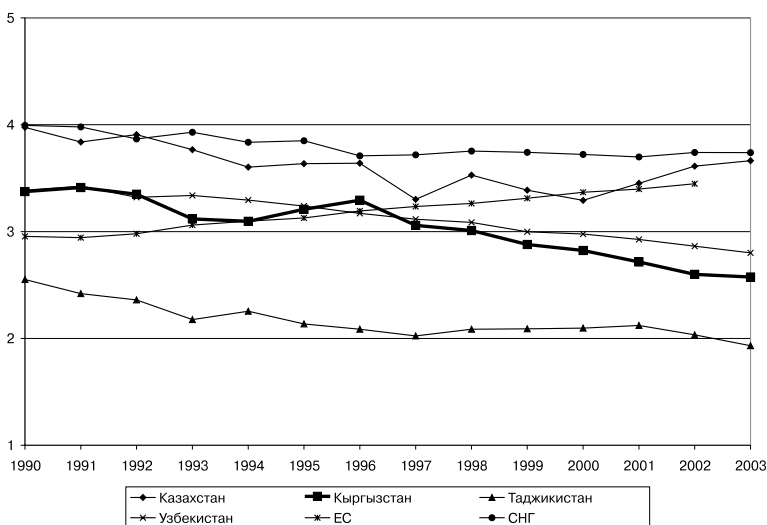
Источник: (4).

Примечание: а Численность медперсонала в Бишкеке выше, чем указано, поскольку они не включают медперсонал Республиканских ЛПУ.

Помимо того, что зарплата выплачивается нерегулярно, размер зарплаты в секторе здравоохранения крайне низок. Согласно официальной статистике, среднемесячная зарплата работников здравоохранения составляла 92% общенациональной средней (по всем экономическим секторам) в 1994 году, но упала до 49,2% в 2004 (47, 48). Многие высококвалифицированные специалисты перешли в частный сектор здравоохранения или сменили профессию на другую, приносящую более высокие доходы. Низкая оплата труда в секторе здравоохранения также приводит к низкой мотивации, низкому качеству услуг и запросам неформальных выплат. Ожидается, что стимулы, заложенные в системе «единого плательщика», должны резко изменить эту ситуацию в лучшую сторону (см. секцию «Оплата труда врачей»).

Квалификация медицинского персонала, особенно в отдалённых регионах, очень низкая в связи с ограниченным доступом к современной медицинской литературе и недостаточным финансированием системы здравоохранения для полномасштабного проведения регулярных – раз в 5 лет – мероприятий по повышению квалификации. В регионах медицинский персонал всё ещё пользуется методологическими рекомендациями и клиническими стандартами лечения, разработанными ещё в советское время. Существующие функциональные обязанности медицинского персонала также требуют переосмотра.

График 15. Число врачей на 1000 населения в Кыргызстане и отдельных странах, 1990–2003

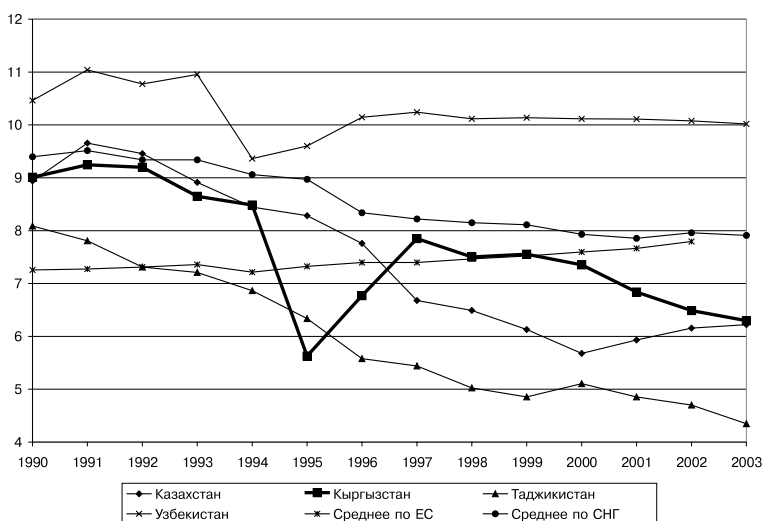


Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
Примечание: СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский Союз.

Таблица 26. Численность медицинского персонала, 1980–2002 (на 100 000 населения)

	1980	1985	1990	1993	1999	2002
Практикующих врачей	260,2	303,9	337,4	311,8	287,9	260,0
Практикующих зубных врачей	15,3	21,7	28,6	28,5	26,0	21,2
Сертифицированных медсестер	701,2	795,1	900,9	864,9	755,5	648,8
Акушеров	90,1	91,5	93,9	76,6	68,7	55,9
Практикующих фармацевтов	14,9	18,9	27,9	25,6	5,6	3,3
Выпускников врачей	14,2	15,6	11,4	15,7	18,4	15,2
Выпускников медсестер	66,8	70,2	67,9	79,5	55,1	59,5

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.

График 16. Число медицинских сестер на 1000 населения в Кыргызстане и отдельных странах, 1990–2003

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
Примечание: СНГ – Содружество Независимых Государств; ЕС – Европейский Союз.

Ожидается, что запланированные меры по рационализации системы предоставления услуг приведут к более рациональному использованию человеческих ресурсов в секторе здравоохранения. Для того, чтобы эффективно управлять процессом и заложить основу для будущего планирования человеческих ресурсов в секторе здравоохранения, Минздравом была собрана база данных по персоналу, занятому в государственных ЛПУ. Хотя в Законе «Об охране здоровья граждан» и содержится норма численности и специально-

стей персонала, необходимого для системы здравоохранения, комплексную систему планирования человеческих ресурсов в секторе здравоохранения еще предстоит создать.

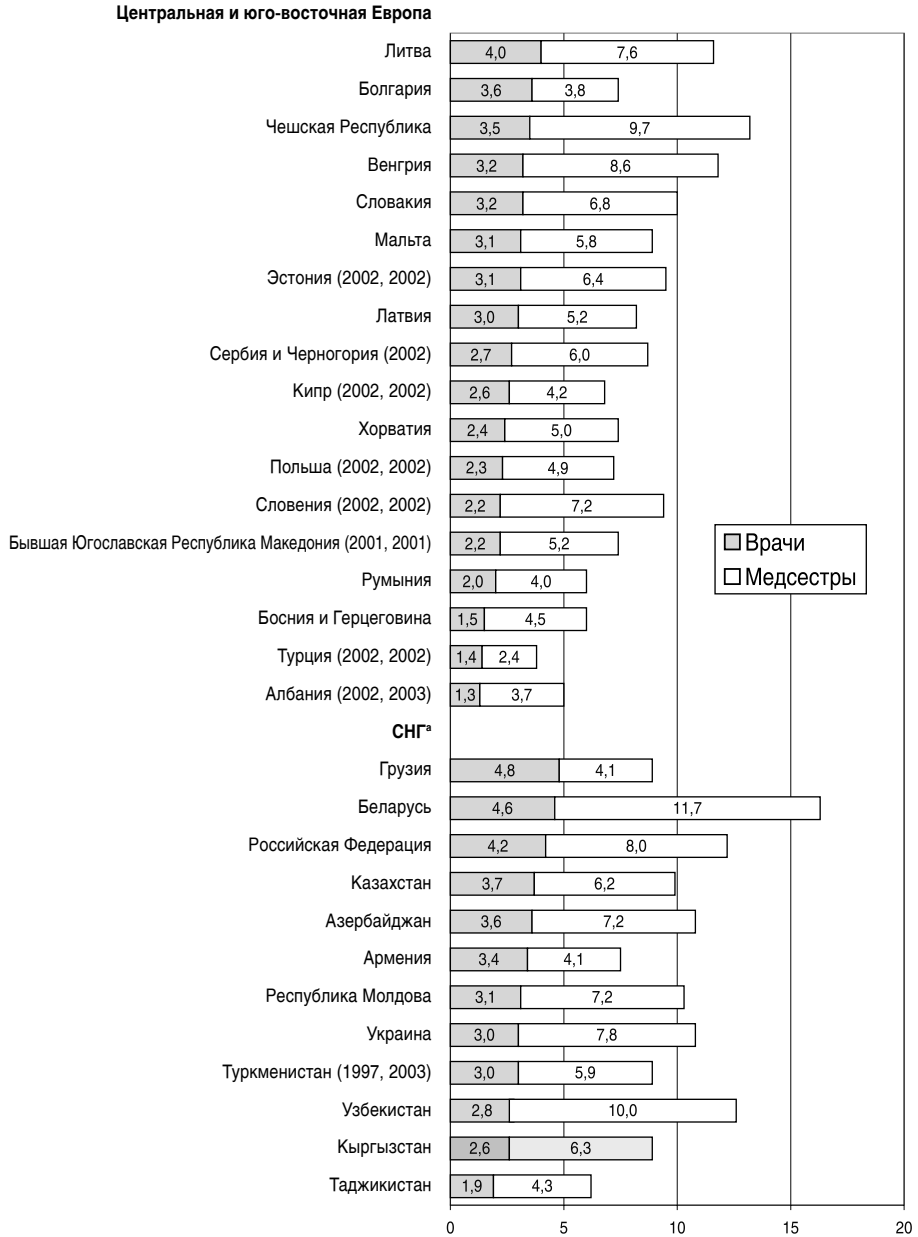
Аттестационная комиссия МЗ КР проводит аттестацию врачей и выдает лицензии на занятие медицинской деятельностью. В состав комиссии входят представители МЗ КР, Кыргызской Государственной Медицинской Академии, профессиональных ассоциаций и экспертов различных специальностей. Критерии аттестации включают в себя результаты экзамена, продолжительность трудового опыта, прохождение курсов повышения квалификации и оценку работы за последние три года.

Обучение

В системе медицинского образования произошли некоторые изменения в рамках Национальной программы по реформе медицинского образования, однако ещё предстоит многое сделать. Системы обучения на рабочем месте и переобучения медицинского персонала необходимо пересмотреть, так как они фрагментированы и ориентированы, главным образом, на оказание стационарной помощи. Также необходимо улучшить координацию деятельности различных медицинских образовательных учреждений. Существующие учебные программы до сих пор не приведены в соответствие с запланированной реструктуризацией системы предоставления медицинских услуг. В частности, требует реформирования сестринское образование.

Обучение врачей проводится Кыргызской Государственной Медицинской Академией (КГМА) и медицинскими факультетами Кыргызско-Российского Славянского Университета (КРСУ), Ошского Государственного Университета (ОшГУ), Джалал-Абадского Государственного Университета (ДАГУ), Кыргызско-Узбекского Университета (КУУ), Кыргызско-Турецкого Университета «Манас» (КТУ «Манас») и частным Джалал-Абадским Университетом Дружбы Народов имени А. Батырова (ДАУДНБ). Обучение среднего медицинского персонала проводится 10 медицинскими училищами и факультетом сестринского образования КГМА. КГМА и Международный Университет Кыргызстана (МУК) совместно администрируют факультет менеджмента здравоохранения, который готовит будущих менеджеров здравоохранения в рамках двухгодичной магистерской программы. Кыргызский Медицинский Институт Переподготовки и Последипломного Образования (КМИПиПО) и 6 областных центров обучения семейной медицине (ЦОСМ) проводят подготовку специалистов по семейной медицине/врачей общей практики.

График 17. Число врачей и медсестер на 1000 населения в странах Центральной и Юго-Восточной Европы и СНГ, 2003 или последний год, за который имеются данные (в скобках)



Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ, январь 2005.
 Примечание: * СНГ – Содружество Независимых Государств; страны без данных не включены.

КГМА является ведущим медицинским образовательным учреждением в республике. Факультеты КРСУ, ОшГУ, ДАГУ, КУУ, КТУ «Манас» и ДАУДНБ были образованы в середине и конце 1990-х гг.

Подготовка врачей состоит из 6-летней учебной программы по окончании средней общеобразовательной школы (11 лет). После прохождения 2-годичной клинической ординатуры (1-годичной интернатуры до 1998 года) выпускники могут осуществлять практическую медицинскую деятельность в ЛПУ. Желаящие специализироваться далее поступают в аспирантуру – 2-годичную практику в клинике НИИ или национального центра. Выпускники аспирантуры могут осуществлять практику в качестве узких специалистов. Они могут начать работу над кандидатской диссертацией для получения учёной степени кандидата медицинских наук (к.м.н.). К.м.н. могут работать далее над докторской диссертацией для получения учёной степени доктора медицинских наук (д.м.н.). Учёная степень несёт в себе и финансовый стимул в государственном секторе: повышающий коэффициент за учёную степень в существующей системе тарификации в значительной степени повышает зарплату.

Последипломное обучение включает регулярные краткосрочные курсы повышения квалификации, как правило, на базе НИИ или национальных центров. Они очень важны, так как определяют квалификацию и категорию врача, которые также являются повышающими коэффициентами зарплаты в государственном секторе.

Обучение среднего медицинского персонала состоит из 3-годичной учебной программы по окончании общеобразовательной школы (2-годичной по окончании 9 классов средней школы до 1998 года). Факультет сестринского образования КГМА предоставляет высшее сестринское образование. Ассоциация медицинских сестёр КР является активным членом Европейской Сестринской Ассоциации и разрабатывает руководства для медицинских сестёр, утверждаемые МЗ КР.

КМИПиПО и ЦОСМ проводят 3-месячные курсы по семейной медицине для участковых врачей и медицинских сестёр. Краткосрочные вспомогательные курсы проводятся на местах для медперсонала, прошедшего переобучение. 30% всех работников ГСВ, в том числе 43,7% врачей ГСВ и 20,6% медицинских сестёр ГСВ уже прошли переобучение. КМИПиПО также проводит 1-годичный курс для преподавателей семейной медицины. Выпускники этого курса в настоящее время работают в областных ЦОСМ. КМИПиПО поддерживался ЮСАИД и Всемирным банком в рамках Проекта «Здравоохранение–I».

В последние годы число поступивших в КГМА, медицинские факультеты КРСУ, ОшГУ и КТУ «Манас» и медицинские училища должным образом не регулировалось МЗ КР. Помимо плановых поступлений (бесплатного обучения с предоставлением стипендии, обеспечиваемого за счёт государственного бюджета), эти учреждения также осуществляли приём дополнительных студентов на контрактной основе. Признавая, что это может привести к избытку предложения медицинских кадров в секторе здравоохранения, МЗ КР взял под контроль процесс приёма студентов на плановые и контрактные отделения КГМА. В 1999 году МЗ КР начал заключать трёхсторонние соглашения по плановому набору-приёму: между студентом, КГМА и МЗ КР – по которым после окончания обучения выпускники должны в течение трёх лет отработать в районе, определённом МЗ КР. Однако, эти соглашения не дали эффекта, так как 90% выпускников не выполняют взятых на себя по соглашению обязательств и остаются работать в Бишкеке. Тем не менее, такие же меры предполагается принять в отношении остальных медицинских образовательных учреждений. Они потребуют сотрудничества с Министерством образования и культуры, которое обходит молчанием вопрос об установлении контроля над частными элементами высшего образования.

Оценка лекарственных средств и медицинских технологий

Лекарственные средства

В советское время лекарственные средства и медицинские технологии обеспечивались согласно системе госпланов. Монопольное государственное предприятие «Кыргыз Фармация» импортировало и распределяло лекарственные средства по всей стране. Сеть государственных аптек продавала лекарства населению по фиксированным, устанавливаемым государством ценам. После распада СССР в 1991 году ситуация с лекарственным обеспечением резко ухудшилась, и Кыргызстан ощутил дефицит лекарственных средств. С приватизацией фармацевтического сектора ситуация улучшилась. Начавшаяся в начале 1990-х гг. приватизацией государственного монополиста «Кыргыз Фармация», приватизация фармацевтического сектора была завершена к 1996 году. Осталось лишь небольшое число государственных муниципальных аптек.

Местная фармацевтическая промышленность представлена 27 предприятиями, из которых Бишкекский завод антибиотиков «Айдан Фарма» явля-

ется крупнейшим. Кыргызско-китайское совместное предприятие «Золотая вода» производит инфузионные растворы. Существуют планы построить завод по производству инъекционных и таблетированных форм препаратов совместно с индийской компанией «Аджанта-Фарма». Выпуск местных производителей фармацевтической продукции низок, а ассортимент ограничен 70 видами лекарственных средств: таблетки, лекарства для наружного применения/мази, растительные лекарственные средства и производственное сырьё из трав медицинского назначения.

97% лекарственных средств импортируется, причем в основном из стран СНГ (49). В 2003 году объем импорта лекарственных средств и изделий медицинского назначения составил 1 149 миллионов сомов – втрое больше, чем в 2002 году. Число выданных лицензий на занятие фармацевтической деятельностью также выросло на 70% по сравнению с 2002 годом. Этот огромный рост, вероятнее всего, является результатом отмены 20%-го налога на добавленную стоимость на лекарственные средства в январе 2003 года.

По сравнению с 2000 годом количество розничных аптечных учреждений выросло на 26%. В 2003 году в стране было 1806 фармацевтических учреждений: 41 занималось производственной деятельностью, 169 – оказывало складские услуги, 656 – были аптеками, 812 – аптечными пунктами и киосками и 34 – занималось изделиями оптического и стоматологического назначения. Также имелось 94 государственные аптеки, из которых 86 были аптеками при больницах, а 8 – благотворительными аптечными учреждениями. Из общего числа 1468 аптек и аптечных пунктов 67% были расположены в городской местности, 18% – в районных центрах и 15% – в сельской местности. В них было занято 1095 специалистов с высшим и 1223 специалиста со средним фармацевтическим образованием (50).

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛОиМТ), созданный при МЗ КР в 1997 году, является ключевым регулирующим органом в фармацевтическом секторе. Он осуществляет национальную лекарственную политику, проводит регистрацию и лицензирование местных и импортируемых лекарств, вакцин и изделий медицинского назначения, а также контроль качества и мониторинг использования лекарственных препаратов. ДЛОиМТ также имеет отдел в г. Ош.

ДЛОиМТ имеет в своей структуре Центральную контрольно-аналитическую лабораторию, созданную в 1996 году для исследования качества лекарственных препаратов. Кроме того, функционируют ещё 2 аккредитованные лаборатории: контрольно-аналитическая лаборатория АО «Фармация» и лаборатория ДГСЭН. Наконец, создана межотраслевая система контроля за не-

законным оборотом лекарственных средств. В эту систему входят Минздрав, Минфин, МВД и СНБ Кыргызской Республики.

Для того чтобы получить эффект масштаба, лекарственное обеспечение ЛПУ в государственном секторе осуществляется централизованно на тендерной основе в соответствии с Законом «О государственных закупках». ЛПУ также могут сами приобретать лекарственные средства на основе Формуляра жизненно важных лекарственных средств, который обеспечивает использование генерических медицинских препаратов. Из средств ОМС ЛПУ могут приобретать дополнительные лекарственные препараты, не включенные в Перечень жизненно важных лекарственных средств, однако объём таких препаратов не должен превышать 10% общей суммы закупки. Введение сооплаты в качестве нового источника финансирования улучшает медикаментозное обеспечение пациентов.

Первый Перечень жизненно важных лекарственных средств был составлен в Кыргызстане в 1996 году на основе рекомендаций ВОЗ. Он был пересмотрен в 1998, 2001 и 2003 годах. Государственная лекарственная политика была утверждена постановлением Правительства в 1998 году. ВОЗ была предоставлена техническая помощь в разработке Перечня и формуляров жизненно важных лекарственных средств. ВОЗ также поддерживалась работа Лекарственного информационного центра при ДЛЮиМТ с 1998 года. Лекарственный информационный центр проводит наблюдение за побочными эффектами лекарственных препаратов и выпускает бюллетень по рациональному использованию лекарственных средств. Рациональное использование лекарственных средств продвигалось на всех уровнях здравоохранения. Так, 154 разработанных клинических протокола, основанных на принципах доказательной медицины, должны ускорить и усугубить процесс рационального использования лекарственных средств.

Таблица 27. Расходы на лекарственные средства в ЛПУ (средства бюджета, ФОМС и сооплаты)

Годы	млн. сомов	млн. долл. \$	Средний обменный курс: \$/сом
1996	67,5	5,3	12,8
1997	100,2	5,8	17,3
1998	132,5	6,3	20,8
1999	177,3	4,5	38,9
2000	179,9	3,8	47,7
2001	203,0	4,3	47,7

Источник: (49).

Программа «Дополнительное лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне» (Доппакет) была введена ФОМС в августе 2000 года в качестве эксперимента в трёх поликлиниках в Бишкеке и Аламединском районе Чуйской области. Начиная со второй половины 2001 года, программой были охвачены все ГСВ Чуйской и Иссык-Кульской областей, ГСВ Бакай-Атинского района Таласской области и Бишкека. В 2002 году Доппакет был введён во всех областях, работающих в системе «единого плательщика», и к апрелю 2003 года им была охвачена вся республика, за исключением Ошской области. По состоянию на 1 октября 2004 года по программе Доппакета работало 703 ГСВ и 612 аптек. Доппакет является частью Программы государственных гарантий (см. секцию «*Пакет услуг*»).

В 2004 Доппакет включал 53 генерического лекарственного средства (в том числе шприцы) и 250 торговых наименований на основе Перечня жизненноважных лекарственных средств. Аптеки, заключившие контракт с ФОМС, продают указанные лекарства застрахованным гражданам по более низким ценам за счёт ФОМС, который проводит ретроспективную компенсацию. Компенсация основана на системе базовых цен, рассчитанных на основе системы установленных дневных доз и математико-статистических методов. Средний уровень компенсации составляет 50% цены. Механизм компенсации построен на компьютерной обработке специально разработанной форме аптечного рецепта.

Несмотря на то, что проблема физической доступности лекарственных препаратов в основном решена, их экономическая доступность по-прежнему является серьёзной проблемой. Бюджеты ЛПУ ограничены, а большая часть населения живет в бедности и не может позволить себе приобрести необходимые лекарства. Доступ к ним постепенно улучшался: в 2001 году была отменена 10%-ная таможенная пошлина, а в 2003 году – 20%-ный налог на добавленную стоимость на лекарственные средства. Данные меры, в особенности последняя, привели к снижению стоимости лекарственных средств в розничной сети, которое составило 21,7% в 2003 году.

Внешняя помощь была очень важна для фармацевтического сектора. После обретения независимости, когда прекратилось лекарственное обеспечение, зарубежные кредиты и гранты использовались для импорта необходимых лекарств, а дополнительные лекарства поступали по линии гуманитарной помощи. Был создан и оборудован в соответствии с требуемыми стандартами специальный склад для медикаментов.

Оценка медицинских технологий

В 1999 году МЗ КР была собрана база данных по медицинскому оборудованию в стране для оценки нужд в новом оборудовании и/или запасных частях, разработки планов по закупкам и определению источников финансирования. В мае 2002 года при МЗ КР был создан Фонд высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи. Этот орган вместе с ДЛОиМТ будет принимать решения о приобретении дорогостоящего медицинского оборудования и технологий.

Поставщики медицинских услуг частного сектора вольны в принятии решений о своих закупках, но любые медицинские технологии должны быть лицензированы МЗ КР. На более глобальном уровне любые новые технологии должны быть запатентованы в Государственном агентстве по науке и интеллектуальной собственности.

Как отмечено выше, объем капиталовложений из внутренних источников был крайне низким, и закупка нового оборудования и технологий финансировалась главным образом за счет внешних доноров.

Распределение финансовых ресурсов

Бюджетный механизм третьей стороны и распределение ресурсов

Историческая справка

До введения системы «единого плательщика», объем бюджетных средств определялся в соответствии с нормативами, унаследованными от советской модели. На основе мощностных показателей сети ЛПУ, таких как численность медицинского персонала и количество коек, на уровне учреждения готовился проект бюджета в соответствии с бюджетной классификацией по статьям. Далее он агрегировался на уровне района, области и, наконец, республики. После утверждения бюджета в парламенте он принимался в форме закона, и министерство финансов распределяло средства. Районные финансовые отделы и областные финансовые управления принимали решения о распределении ресурсов различным секторам на своих территориях.

Распределение бюджетных средств учреждениям здравоохранения осуществлялось в соответствии с бюджетной классификацией по главам и статьям. Все корректировки как на республиканском, так и на местном уровне проводились по статьям, а не программам. Перераспределение средств в ЛПУ с одной статьи на другую было очень затруднено и не поощрялось финансовыми службами. Поэтому поставщики услуг практически не имели автономии в финансовом управлении. Даже «специальные средства» были включены в бюджетный процесс, т.е. должны были пройти через систему

Казначейства прежде, чем они могли быть использованы учреждениями. Таким образом, министерство финансов и областные финансовые управления играли ключевую роль по контролю за бюджетной дисциплиной в секторе здравоохранения.

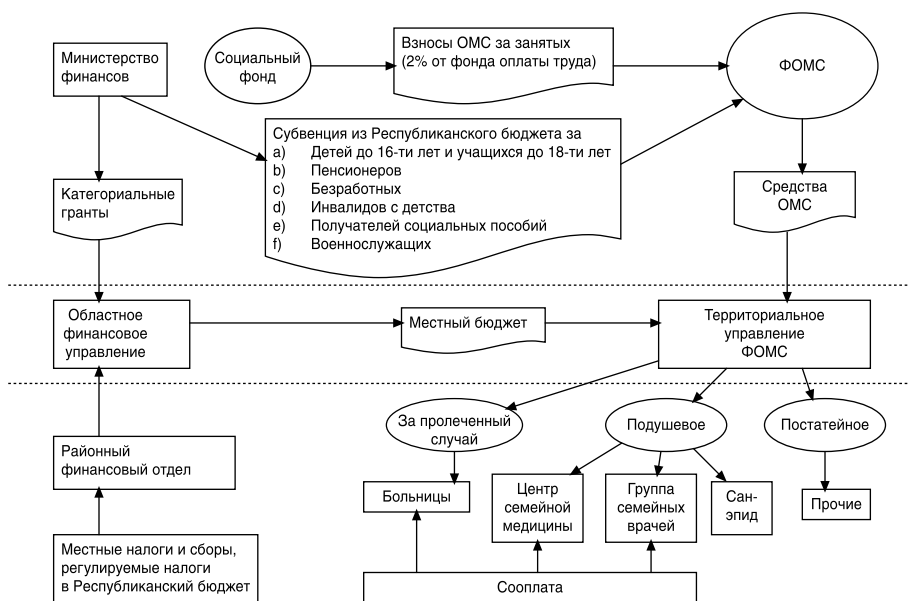
В условиях ограниченных ресурсов проводилась политика так называемых «защищенных» статей, в соответствии с которой в приоритетном порядке должны были финансироваться статьи по заработной плате, отчислениям в Социальный фонд, лекарственные средства, медикаменты и питание, а лишь потом остальные статьи. Оплата труда персонала была основана на «тарификации» (см. секцию «*Основная система финансирования и охвата*») и потому зависела от оклада и надбавок, а не от эффективности и производительности труда.

Таким образом, финансирование здравоохранения характеризовалось высокой фрагментацией, неправильными стимулами и отсутствием гибкости. С 1997 года ФОМС выработывал и испытывал новые методы финансирования здравоохранения. Во-первых, Фонд распределял свои средства медицинским учреждениям на контрактной основе, указывая условия, которым должны были удовлетворять эти учреждения, прежде чем войти в программу, и услуги, которые они должны были оказывать. Это привело к разделению системы здравоохранения на покупателя и поставщиков услуг. Во-вторых, ресурсы ФОМС, включая как страховые взносы, так и субвенции из Республиканского бюджета, аккумулировались на национальном уровне, и Фонд распределял их своим территориальным управлениям из этого единого фонда средств. В-третьих, Фонд внедрил инновационные методы расчетов с поставщиками услуг, которые делали акцент не на нормах мощности (т.е. финансирование расходов), а на нормах, ориентированных на конечный результат (т.е. покупку произведенного продукта). Начатая в качестве эксперимента в 2001 году в Чуйской и Иссык-Кульской областях, система «единого плательщика» охватила всю страну к 2004 году.

Текущая ситуация

В настоящее время бюджетирование и распределение ресурсов здравоохранения происходят в системе «единого плательщика», что означает, что средства бюджета, выделяемые на здравоохранение, и средства обязательного медицинского страхования консолидируются в едином фонде средств, из которого они распределяются поставщикам медицинских услуг через единый финансовый канал. На Графике 18 показано, каким образом происходит сбор, аккумулирование и распределение средств здравоохранения.

График 18. Финансовые потоки в системе «единого плательщика»



Средства ОМС собираются Социальным фондом КР на национальном уровне, который затем передаёт их в ФОМС. Уровень сборов ОМС зависит от общих социальных сборов СФ, и его трудно прогнозировать, несмотря на то, что он ежегодно утверждается Законом «О бюджете СФ». Прямая адресная субвенция из Республиканского бюджета ежегодно утверждается Законом «О Республиканском бюджете».

На местном уровне расходы на здравоохранение в местном бюджете определяются на основе нормативов отчислений для финансирования здравоохранения, утверждаемых кенешами областей и гг. Бишкек и Ош. Региональные финансовые управления прогнозируют объем финансирования здравоохранения из средств местного бюджета, категориальных и выравнивающих грантов. Исходя из этого ожидаемого объема бюджетного финансирования, территориальные управления ФОМС готовят росписи расходов для всех ЛПУ области, финансируемых из местного бюджета, согласно бюджетной классификации. Министерство финансов и региональные финансовые управления передают собранные средства в территориальные управления ФОМС соответствующих утвержденных бюджетов. Территориальные управления ФОМС распределяют эти средства поставщикам услуг своих территорий на контрактной основе, используя новые методы расчетов с поставщиками медицинских услуг.

Бюджеты учреждений здравоохранения планируются на основе Программы государственных гарантий в соответствии со следующими новыми нормами:

- число бригад скорой помощи для поставщиков услуг СМП;
- численность приписанного населения для ГСВ;
- численность обслуживаемого населения для поставщиков специализированной амбулаторной помощи, включая амбулаторные отделения больниц и поставщиков санитарно-эпидемиологических услуг;
- средняя стоимость лечения для больниц.

Эти новые нормы применяются в равной мере как к бюджетным средствам, так и к средствам ОМС с единственной разницей в базовых ставках и расчетных формулах. К больницам, предоставляющим услуги продолжительного стационарного лечения, а также к поставщикам реабилитационных и иных видов помощи, данные нормы не применяются, и они продолжают планировать свои бюджеты в соответствии со старыми методами бюджетной классификации.

Сооплата была введена в сектор здравоохранения как часть системы «единого плательщика». Уровни сооплаты определяются в Программе государственных гарантий, которая утверждается ежегодно (см. секцию «*Пакет услуг*»). На амбулаторном уровне они зависят от тарифов на диагностические исследования и манипуляции, утверждаемых МЗ КР по согласованию с Антимонопольным комитетом. На больничном уровне сооплата зависит от средней стоимости лечения – расчетного показателя расходов на лечение одного пациента за счет средств бюджета, ОМС и сооплаты. Сооплата администрируется непосредственно ЛПУ и регулируется «Правилами внесения сооплаты населением медикаментов, питания и отдельных видов медицинских услуг, оказываемых государственными лечебными учреждениями сверх Программы государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью». В 2004 году в виде сооплаты было собрано 206,3 миллиона сомов.

Собранный объем средств по сооплате распределяется в медицинских учреждениях следующим образом: 20% используется на прибавку к заработной плате, включая отчисления в Социальный фонд; 60% используется на приобретение лекарственных средств и медикаментов, а также лабораторных и диагностических материалов; и 20% используется на приобретение дополнительных продуктов питания, дезинфицирующих материалов

и мыломоющих средств, бумажных форм, оплату банковских услуг и иные вспомогательные нужды.

Средства ОМС в медицинских учреждениях распределяются следующим образом: в больницах 25% идет на прибавку к заработной плате, включая отчисления в Социальный фонд; 70% используется на приобретение лекарственных средств и медикаментов, а также лабораторных и диагностических материалов (для покрытия не более 35% лабораторных нужд); и 5% используется на прочие приобретения, эксплуатацию и ремонт, бумажные формы, оплату банковских услуг и иные вспомогательные нужды, а также командировочные расходы согласно контракту с территориальным управлением ФОМС.

В ГСВ и ЦСМ 35% средств ОМС (30% в Бишкеке) идет на прибавку к заработной плате, включая отчисления в Социальный фонд, начисляемую ежемесячно, исходя из численности приписанного населения; 12% (10% в Бишкеке) используется на приобретение базового и лабораторного оборудования, лекарственных средств и медикаментов; 43% (50% в Бишкеке) используется для лекарственного обеспечения в рамках Допакета ОМС; и 10% используется на эксплуатацию и ремонт, бумажные формы, оплату банковских услуг и иные вспомогательные нужды.

Учреждения ведут отдельную отчетность по средствам государственного бюджета, обязательного медицинского страхования и сооплаты. Средства, полученные из этих трех источников, не подлежат налогообложению или возврату в государственный бюджет.

Расчёты с поставщиками

Больницы

Как из бюджетных средств, так и из средств ОМС больницы оплачиваются на основе пролеченных случаев. Случаи категоризированы в соответствии с клинко-затратными группами, представляющие собой модификацию клинко-диагностических групп на основе местных данных об использовании и затратах на больничные услуги. Сооплата вносится непосредственно в кассу больницы.

Амбулаторные учреждения

Амбулаторные ЛПУ (амбулаторно-диагностические отделения больниц и ЦСМ) оплачиваются из бюджетных средств и средств ОМС на основе подушевого метода. Они получают средства на каждого человека, проживающего на обслуживаемой территории. Как и больницы, они также администрируют сооплату, которая вносится непосредственно в кассу учреждения.

Первичное звено

Расчеты с ГСВ также проводятся на основе подушевого метода из средств бюджета и ОМС. ГСВ получают средства на каждого человека, приписанного к ним.

Поставщики скорой медицинской помощи оплачиваются на основе норматива финансирования на одну бригаду СМП. В 2004 году одна бригада СМП в среднем обслуживала 12 500 человек.

Санитарно-эпидемиологические учреждения

С марта 2004 года поставщики санитарно-эпидемиологических услуг оплачиваются на основе подушевого метода в соответствии с численностью населения, проживающего на обслуживаемой территории.

Прочие учреждения

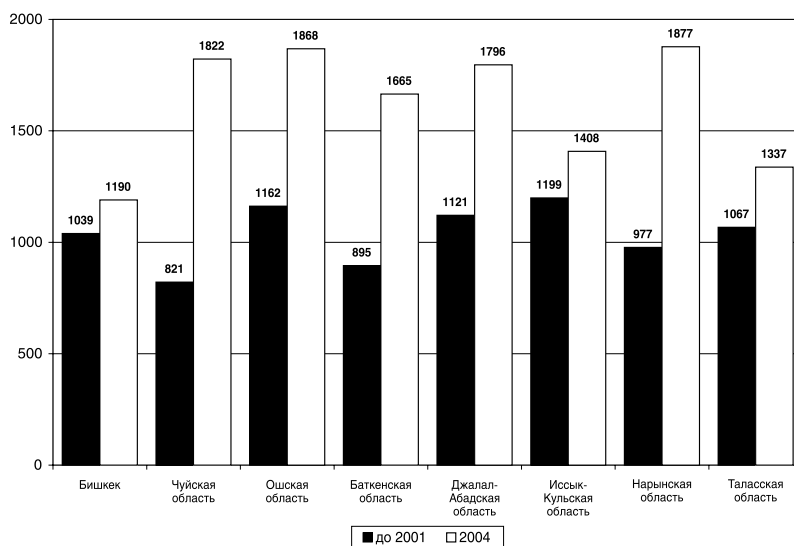
Расчеты с прочими поставщиками медицинских услуг, включая больницы длительного лечения и специализированные больницы, а также учреждениями медицинского и немедицинского профиля, продолжают осуществляться на основе старых норм по бюджетной классификации.

Оплата труда врачей

В течение всего периода с 1993 по 2003 год средняя зарплата в секторе здравоохранения была ниже средней по всем секторам. Если в 1992 году средняя зарплата в секторе здравоохранения составляла 92% от средненациональной, к 2003 году это соотношение упало до 43%. На сегодняшний день средняя зарплата в секторе здравоохранения занимает предпоследнее место, опережая лишь отрасли лесного и сельского хозяйства (48).

Медицинский персонал государственного сектора исторически оплачивался на основе Единой тарифной сетки и разрядных коэффициентов (см. секцию «Основная система финансирования и охвата»). С 1993 года к основной зарплате добавились начисления из платных услуг. Кроме того, врачи получали запрашиваемую ими самими, либо предлагаемую пациентами неформальную оплату. С введением системы ОМС врачи стали получать дополнительную прибавку к зарплате, обеспеченную регламентом ФОМС на материальное поощрение медперсонала. Система «единого плательщика» в значительной степени повлияла на зарплату медперсонала, которая резко возросла (График 19).

График 19. Рост средней заработной платы медицинского персонала (в сомах) по областям



Источник: Фонд обязательного медицинского страхования.

Оплата труда медицинского персонала была значительно пересмотрена вслед за принятием в декабре 2002 года «Концепции реформы заработной платы в Кыргызской Республике на 2003–2010 годы» и постановления Правительства «Об оплате труда работников учреждений здравоохранения Кыргызской Республики» в феврале 2004 года. Постановление регулирует вопросы оплаты труда в учреждениях здравоохранения, в учреждениях здравоохранения, работающих в системе «единого плательщика», и в учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы в системе «единого плательщика». В нем предусмотрено использование новых ме-

тодов расчета во всех медицинских учреждениях независимо от уровня подчинения.

Таблица 28. Среднемесячная зарплата в секторе здравоохранения (в сомах), 1993–2003

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Средняя по всем секторам	84	233	368	491	680	789	1050	1227	1455	1684	1916
Здравоохранение	52	215	292	326	385	467	516	579	693	780	943
Здравоохранение как % средней	62	92	79	66	57	59	49	47	48	47	49

Источник: (48).

Несмотря на то, что в качестве основы по-прежнему используется система тарификации, группы и категории, используемые для расчета различных надбавок и премий, были пересмотрены. Одно из наиболее существенных изменений состоит в том, что группы, используемые для расчета надбавок руководителям медицинских учреждений, теперь привязаны к конечному результату, такому как число пролеченных случаев в год для больниц, численность прикрепленного населения для ЦСМ, численность обслуживаемого населения для поставщиков амбулаторной помощи и услуг СМП, объем заготавливаемой/перерабатываемой плазмы в год для центров переливания крови и количество приготавливаемых порций молока и молочных смесей в день для молочных кухонь.

В системе «единого плательщика» учреждения здравоохранения формируют консолидированный фонд оплаты труда из четырех источников: средств бюджета, специальных средств, средств обязательного медицинского страхования и сооплаты. Из средств бюджета и специальных средств формирование происходит согласно утвержденной смете расходов, а из средств ОМС и сооплаты – согласно нормативам, утвержденным и МЗ КР (в 2004 году 25–35% и 20% соответственно). Не менее 85% общего фонда оплаты труда распределяется на содержание медицинского персонала и не более 15% – на содержание административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала.

Заработная плата в системе «единого плательщика» состоит из двух частей: гарантированной заработной платы и дополнительной. Размер гарантированной заработной платы определяется, исходя из должностного оклада, рассчитанного на базе Единой тарифной сетки и межразрядных коэффициентов в соответствии с Условиями оплаты труда работников учреждений здравоохранения Кыргызской Республики. А размер дополнительной заработной платы медицинских работников определяется путем умножения

размера гарантированной заработной платы работников на коэффициент дополнительной заработной платы и коэффициент трудового участия. Коэффициенты трудового участия определяются экспертной комиссией учреждения с учетом норм нагрузки. Министерством здравоохранения были разработаны рекомендуемые нормы нагрузки и показатели расчета коэффициента трудового участия, включая подробную методологию расчетов.

Фонд оплаты труда учреждений государственной санэпидслужбы формируется за счет средств государственного бюджета и специальных средств. 35% общего фонда оплаты труда распределяется на содержание персонала лаборатории и 65% – на содержание персонала учреждений санэпидслужбы. Здесь также заработная плата состоит из двух частей. Дополнительная заработная плата по-разному рассчитывается для персонала лабораторий и остального персонала. Для персонала лабораторий формула такая же, что применяется в учреждениях здравоохранения, работающих в системе «единого плательщика». Для остального персонала в формуле нет коэффициента трудового участия. Так же, как и для медицинских учреждений, МЗ КР разработаны соответствующие рекомендуемые нормы нагрузки и показатели расчета коэффициента трудового участия для санэпидслужбы.

Реформы здравоохранения в стране

Цели и задачи

С обретением независимости в 1991 году Кыргызстан прошел через коренные экономические и политические изменения, превратившись из Советской республики с командной экономикой в независимое государство с более демократической и рыночной системой. Страна пережила глубокий кризис, и уровень бедности заметно вырос. Эти фундаментальные перемены потребовали реформирования всех секторов народного хозяйства, чтобы адаптироваться к меняющимся внешним условиям и справиться с трудностями перехода. Резкое сокращение финансирования здравоохранения негативно отразилось на качестве медицинских услуг, что, в свою очередь, привело к ухудшению статуса здоровья населения. Данные макроэкономические условия и вызвали необходимость в реформировании здравоохранения Кыргызстана.

В 1994 году МЗКР обратился к Европейскому бюро ВОЗ с просьбой оказать техническую поддержку в разработке и внедрении программы комплексной реформы системы здравоохранения. Утверждённая Правительством в ноябре 1996 года Национальная программа реформирования здравоохранения «МАНАС» (Программа «МАНАС») имела четыре цели:

- Улучшение здоровья населения
- Равенство в доступе к медицинским услугам
- Рациональное и эффективное использование ресурсов здравоохранения

- Повышение качества медицинской помощи.

Также в 1994 году ЮСАИД начал поддержку первоначального пилотного проекта на Иссык-Куле в рамках проекта ЗдравРеформ. Данный проект был включен в национальную программу «МАНАС», и многие из конкретных мероприятий, осуществленных на Иссык-Куле, были интегрированы в качестве компонента этой программы в 1996 году. Ввиду активной деятельности многочисленных доноров в секторе здравоохранения, Программа «МАНАС» также стала звеном, объединившим усилия международных и двусторонних организаций, работающих в секторе здравоохранения.

Содержание реформ и законодательство

В Мастер-плане Программы «МАНАС» определены три фазы внедрения: краткосрочная (1996–1997 гг.), среднесрочная (1998–2000 гг.) и долгосрочная (2001–2006 гг.).

Краткосрочная фаза предполагала следующие мероприятия на 1996–1997 годы:

- реструктуризацию системы предоставления медицинских услуг (рационализация больничной службы и усиление первичного звена);
- общие налоги в качестве основного источника финансирования здравоохранения и платные медуслуги – в качестве дополнительного;
- разработка программы государственных гарантий.

Среднесрочная фаза предполагала следующие мероприятия на 1998–2000 годы:

- продолжение реструктуризации системы предоставления медицинских услуг;
- введение адресных налогов (на алкоголь и табак) в качестве ещё одного дополнительного источника финансирования здравоохранения;
- внедрение нового справедливого механизма распределения ресурсов между регионами;
- оптимизацию управления ЛПУ – замену системы финансирования, основанной на нормах и принципе постатейного расходования, новой экономически эффективной системой расчётов с поставщиками медицинских услуг (глобальные бюджеты в больницах и подушевое финансирование на первичном уровне);

- развитие человеческих ресурсов здравоохранения – создание Института общественного здравоохранения для подготовки менеджеров здравоохранения, переобучение терапевтов и педиатров во врачей общей практики;
- обеспечение качества – улучшение физической инфраструктуры и модернизация информационной системы здравоохранения;
- пересмотр системы планирования и управления.

Долгосрочная фаза предусматривала следующие мероприятия на 2001–2006 годы:

- введение социального страхования в качестве источника финансирования здравоохранения в дополнение к общим налогам, платным медуслугам и адресным налогам;
- разделение на покупателя и поставщиков в системе здравоохранения – введение договорных отношений между покупателем и поставщиками медуслуг и между разными типами поставщиков медуслуг (первичное звено, больницы и поставщики третичного уровня).

Хронологически некоторые действия и мероприятия были осуществлены не в соответствии с запланированным графиком. Первичное звено было усилено, но ещё предстоит дальнейшая реструктуризация по мере того, как будут рационализированы больничная служба и служба санитарно-эпидемиологического надзора. До сих пор рационализация больничного сектора была сведена лишь к сокращению коечного фонда – объединений, закрытия либо иных видов реорганизации больниц почти не было. Реструктуризация системы предоставления медуслуг, которая должна была быть завершена в среднесрочной фазе (к 2000 году), была лишь начата в конце 2000 года, когда Правительство предусмотрело отмену «наказания» за меньшие мощности и подготовило введение системы «единого плательщика». Программа государственных гарантий, которая должна была быть разработана к 1997 году, была запущена в качестве пилотного проекта только в 2001 году.

Остальные мероприятия, запланированные в Мастер-плане, вовсе не были осуществлены. Адресные налоги для здравоохранения не были введены в среднесрочной фазе, и их введение представляется крайне маловероятным в ближайшем будущем. Разделение на покупателя и поставщиков в системе здравоохранения произошло раньше намеченного срока вследствие введения социального страхования в 1997 году. Новый справедливый механизм распределения ресурсов между областями и новые методы расчета с поставщиками медицинских услуг были введены в среднесрочной фазе, но

лишь частично. Первоначально они распространялись только на средства ОМС и лишь в ЛПУ, заключивших контракты с ФОМС, пока они не охватили и бюджетных средств, управляемых ФОМС, в рамках системы «единого плательщика».

Список основных политических событий и законодательства здравоохранения прилагается в Приложении.

Политика «Здоровье для всех»

Государственная программа «Здоровая нация», утверждённая Правительством в 1994 году, была первой комплексной национальной политикой в области здравоохранения. В ней были определены пять приоритетов, в рамках которых должны были осуществляться 13 программ:

- семья
- здоровье матери и ребёнка
- защита окружающей среды
- безопасная питьевая вода
- здоровый образ жизни.

В качестве целей были установлены отдельные медико-демографические индикаторы, которые необходимо было достичь за период 1994–2000 гг..

В 2000 году страна разработала новую национальную политику здравоохранения на период 2000–2020 гг.. Эта политика, названная «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», была разработана в соответствии с принципами стратегии ВОЗ Здоровье–21. Над разработкой этого документа в 15 рабочих группах работали вместе эксперты из 9 министерств, 11 государственных ведомств и НПО.

Новая национальная политика здравоохранения также нацелена на достижение первоочередных задач Комплексной основы развития, которая была разработана в тесном сотрудничестве с Международным валютным фондом, Всемирным банком и другими международными организациями и утверждена Правительством в 2001 году. Здравоохранение включено в качестве одной из приоритетных отраслей в Основе развития с особым акцентом на улучшение здоровья населения и обеспечение доступных и качественных медицинских услуг. Как указано в вводной части, Национальная стратегия сокращения бедности на 2003–2005 годы является первой фазой реализации Комплексной основы развития (24, 25).

Были приняты новые законы и программные документы, направленные на различные аспекты развития системы здравоохранения (см. Приложение). Процесс реформирования потребовал принятия многочисленных законодательных и нормативных поправок для того, чтобы институционализировать необходимые изменения и обеспечить законодательные основы для дальнейшего развития и улучшения.

Осуществление реформы

Разработанная и осуществляемая в контексте переходного периода реформа здравоохранения в КР очень сильно зависит от политической поддержки руководства страны и помощи внешних доноров. Так, если первое условие способствует введению необходимых институциональных изменений, то второе обеспечивает техническую экспертизу и финансовую поддержку. Подход постепенного и последовательного внедрения реформы «шаг за шагом», использованный в системе здравоохранения Кыргызстана, оказался очень эффективным. Нововведения сперва апробировались в качестве пилотных проектов в одном конкретном регионе при поддержке внешних доноров. Удачный опыт постепенно вводился в остальных регионах страны с учётом существующей инфраструктуры и имеющихся возможностей и ресурсов.

Другими важными факторами успешного внедрения реформы здравоохранения являются эффективная координация деятельности доноров в секторе здравоохранения и последовательность в управлении реформой. Вначале координация деятельности доноров осуществлялась Главным управлением по координации и внедрению реформ, но позже эта функция перешла в МЗ КР. Последовательность в управлении реформой была отчасти возможной благодаря крайне малой ротации в высшем руководстве МЗ КР, несмотря на смену министра здравоохранения в 2002 году.

Основные успехи и неудачи, риски и будущие планы по реформе здравоохранения обсуждаются ниже в разрезе четырех ключевых компонентов реформы здравоохранения: реструктуризации системы предоставления медицинских услуг; реформы финансирования здравоохранения; медицинского образования и человеческих ресурсов; и лекарственной политики и обеспечение качества.

Реструктуризация системы предоставления медицинских услуг

В реструктуризации амбулаторно-поликлинической службы был достигнут значительный прогресс. ГСВ были созданы по всей стране на базе существовавших ЛПУ. В 2003 году их число составило 668. Постепенно была усилена их материально-техническая база: поставлено медицинское оборудование, отремонтированы здания, – персонал ГСВ переобучается в семейных врачей и медсестёр. Различные виды поликлиник были вначале преобразованы в объединённые поликлиники, а затем в ЦСМ, число которых в 2003 году составило 87, включая и те, что были созданы на базе СУБ. На уровне амбулаторной помощи введены принципы семейной медицины. Будущие планы в отношении первичной медико-санитарной помощи включают:

- завершение процесса формирования ЦСМ и ГСВ на базе бывших структурных подразделений центральных районных больниц;
- пересмотр организационной структуры амбулаторно-поликлинической службы здравоохранения;
- объединение отдельных функций СЭС в первичном звене в ходе рационализации службы санитарно-эпидемиологического надзора;
- дальнейшее обучение и переобучение семейных врачей и медсестер.

Первый механизм рационализации больниц был запущен в 2000 году, когда было принято постановления Правительства о реинвестировании средств в секторе и упразднении областных управлений здравоохранения. В этих постановлениях указывалось, что любые ресурсы, высвобожденные в результате повышения эффективности медицинских учреждений, будут оставаться им без «наказывающих» снижений финансирования из государственного бюджета. Специализированные ЛПУ областного уровня были объединены в объединенные областные больницы. Прорыв был достигнут с введением системы «единого плательщика». В 2002 году она привела к рационализации 881 здания и сооружения. Тем не менее, это была, главным образом, рационализация конкретно по каждому отдельному учреждению с учётом его специфики, т.е. закрытие зданий, расположенных на территории больницы и объединение отделений в зданиях с целью снизить затраты на энергию.

Районные больницы были реорганизованы в территориальные больницы, филиалы территориальных больниц или амбулаторные учреждения. В городах также произошла рационализация больниц по территориальному признаку для содействия скорейшей реструктуризации, поскольку директоры

территориальных больниц имеют полномочия определять структуру филиалов. Амбулаторно-диагностические отделения больниц широкого профиля стали отдельными учреждениями внутри больниц.

Рационализация Республиканских ЛПУ оказалась наиболее трудно осуществимой реформой, и мощнейшее политическое сопротивление откладывало ее осуществление вплоть до 2003 года. Тем не менее, включение этих учреждений в систему «единого плательщика» с ее новыми инструментами должно способствовать их рационализации.

Будущие планы в отношении больниц включают:

- завершение реорганизации больничной сети по территориальному признаку, т.е. реорганизации местных больниц широкого профиля в филиалы территориальных больниц или амбулаторные учреждения;
- продолжение слияний областных специализированных учреждений с областными объединенными больницами и внутренняя оптимизация и улучшение инфраструктуры и ресурсов;
- рационализация Республиканских ЛПУ по территориальному признаку;
- внутренняя оптимизация оставшихся медицинских учреждений для улучшения использования имеющихся ресурсов.

Тем не менее, рационализация больниц не будет легкой, и Министерству здравоохранения придется преодолевать сопротивление больниц слияниям или закрытию, сопротивление общин закрытию медицинских учреждений на местном уровне и политическое сопротивление на республиканском уровне.

В службе санитарно-эпидемиологического надзора произошли небольшие структурные изменения. Республиканская противочумная станция и Республиканская дезинфекционная станция были объединены в Республиканский центр карантинных и особо опасных инфекций. Районные и городские СЭС в некоторых районах были объединены в областную СЭС по территориальному признаку. Планы на будущее по реструктуризации службы общественного здравоохранения включают:

- разработку концепции общественного здравоохранения;
- пересмотр ролей государственных ведомств (Государственной инспекции по стандартизации и метрологии КР, Таможенной инспекции КР и ДГСЭН) в области госнадзора и контроля импортируемой и экспортируемой продукции;
- объединение отдельных функций СЭС в первичное звено;

- объединение информационной системы СЭС в единую информационную систему здравоохранения.

Правительством была одобрена «Концепция приватизации государственной собственности в КР на 2001-2003 гг.», которая предусматривает реинвестирование средств от приватизации в сектор здравоохранения. Тем не менее, как указывалось ранее, возможности приватизации медицинских учреждений крайне ограничены.

Реформа финансирования здравоохранения

Система «единого плательщика» стала кульминацией реформы финансирования здравоохранения, так как она объединила все предыдущие позитивные достижения и наработки, обеспечив следующее:

- введение Программы государственных гарантий;
- разделение на покупателя и поставщиков медуслуг в системе здравоохранения;
- консолидацию основных источников финансирования здравоохранения (средства госбюджета, ФОМС и выплаты из кармана) для финансового обеспечения и предоставления услуг населению в рамках Программы государственных гарантий;
- аккумуляцию бюджетных средств на областном уровне, выход из ситуации с фрагментированностью средств;
- замену неформальных платежей официальной прозрачной оплатой;
- распределение ресурсов на основе норм, ориентированных на конечный результат, а не мощности.

Дальнейшие планы по реформированию финансирования здравоохранения включают:

- обеспечение непрерывного и устойчивого финансирования здравоохранения из государственного бюджета для оказания качественных медицинских услуг и снижения уровня оплаты;
- справедливое распределение финансовых ресурсов по регионам и между ЛПУ;
- разработку коэффициентов для сельских поставщиков на основе географических, социально-экономических и половозрастных характеристик,

- а также материальных стимулов для поощрения поставщиков, добивающихся улучшений в показателях здоровья своего населения;
- разработку новых методов расчетов с поставщикам медицинских услуг для специализированных и парамедицинских ЛПУ и учреждений службы общественного здравоохранения.

Система «единого плательщика» имеет несколько существенных рисков и проблем. Неполное, несвоевременное или иным образом затрудненное поступление финансовых средств из местного или Республиканского бюджета, или Социального фонда в ФОМС немедленно приведет к соответствующей задержке расчетов с поставщиками медуслуг, что, в свою очередь, приведет к неформальным выплатам из кармана, требуемым поставщиками медуслуг сверх сооплаты, и таким образом разрушит доверие населения к системе здравоохранения. Кроме того, неравенство в экономическом развитии регионов может привести к установлению различных уровней сооплаты в областях. Другим риском является то, что темп рационализации системы предоставления услуг будет медленнее темпа роста тарифов на коммунальные услуги. Наконец, законодательные инициативы по предоставлению медуслуг должны обеспечиваться соответствующими финансовыми ассигнованиями, иначе система «единого плательщика» окажется неустойчивой и не работает.

Медицинское образование и человеческие ресурсы

МЗ КР начал работу над разработкой новой концепции человеческих ресурсов здравоохранения в рамках проекта «Человеческие ресурсы здравоохранения», поддерживаемого ДФИД и ЮСАИД, в 1999 году. Была собрана база данных по человеческим ресурсам, занятым в госсекторе здравоохранения, за 2000–2001 годы.

Основными достижениями в области медицинского образования являются: реорганизация факультетов КГМА и пересмотр учебных программ в свете изменений, происходящих в системе здравоохранения; создание Кыргызского Медицинского Института Переподготовки и Непрерывного Обучения в качестве образовательного учреждения, готовящего специалистов по семейной медицине и предоставляющего последипломное образование; аккредитация и сертификация факультета менеджмента здравоохранения в 1999 году. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики взяло под контроль процесс планирования приёма студентов на бюджетное и контрактное отделения КГМА. Неконтролируемый прием в медицинские

образовательные учреждения и растущее число учреждений, предоставляющих медицинское образование, представляет основную угрозу в будущем. Приоритетом будет реализация нормы Закона «Об охране здоровья граждан», касающейся регулирования медицинских специалистов.

Лекарственная политика и обеспечение качества медицинских услуг

Фармацевтический сектор почти полностью приватизирован. МЗ КР разработал значительную законодательную и регулятивную базу, способствующую использованию генерических препаратов. Перечень жизненно важных лекарственных средств был разработан в 1996 году и пересмотрен в 1998, 2000 и 2003 годах. Был разработан и доведён до ЛПУ формуляр жизненно важных лекарственных средств. Отмена барьеров для импорта лекарств и 20%-го налога на добавленную стоимость на лекарственные средства существенно улучшили как физическую, так и финансовую доступность медикаментов для населения. Введение Дополнительного пакета ФОМС по лекарственному обеспечению на амбулаторном уровне явилось еще одним средством улучшения лекарственного обеспечения и рационального использования лекарственных средств.

Наиболее важными достижениями в области обеспечения качества медицинской помощи является развитие комплексной компьютеризированной информационной системы здравоохранения и внедрение системы контроля качества медуслуг поставщиков, работающих в системе обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день разработано 154 клинических протокола, основанных на принципах доказательной медицины, по наиболее распространённым нозологиям. Одна из будущих задач МЗ КР будет заключаться в разработке комплексной концепции управления качеством в секторе здравоохранения.

Извлеченные уроки

Реформы здравоохранения Кыргызстана представляют важные уроки для других систем здравоохранения, находящихся в переходном периоде. Ключевыми уроками кыргызского опыта являются следующие:

- Развитие сектора здравоохранения в значительной степени зависит от экономического и демократического развития всего общества.

- Реформы финансирования здравоохранения крайне затруднены, если они осуществляются в отрыве от реформы финансовой системы страны.
- Успехи реформы сектора здравоохранения не должны наказываться снижением уровней финансирования. Все попытки внедрить механизмы обеспечения более эффективного использования ресурсов при снижающихся уровнях финансирования рискуют потерять общественное доверие к реформам.
- Невозможно осуществить реструктуризацию системы предоставления медицинских услуг без политической воли и новых экономических методов, так же, как невозможно ее достичь и исключительно административными методами.
- Координация доноров необходима для успешного осуществления реформ.
- Необходимо наличие профессиональной и преданной реформе команды, понимающей сущность и объединенной единым видением реформ.
- Медицинский персонал может быть одним из основных барьеров, тормозящих реформу. Поэтому необходимо проводить большую разъяснительную и информационную работу среди медперсонала. Эти меры должны сопровождаться разработкой финансовых и иных стимулов для повышения мотивации медперсонала, улучшения качества помощи и понижения неформальных поборов с населения.
- Необходимо информировать население и гражданское общество о содержании реформ.
- На стадии разработки программ очень сложно сразу же подвести законодательную базу, поэтому законы всегда будут отставать от реформ.
- Необходимы механизмы по отработке элементов реформ в пилотах, а затем распространять позитивный опыт на всю страну.
- В процессе реформы исключительно важна налаженная система мониторинга и оценки для отслеживания и корректировки процесса реформ.

Выводы

Реформа здравоохранения в Кыргызстане проходила в сложном контексте политического и экономического перехода и тяжелейших экономических трудностей. В 1996 году страна при поддержке внешних доноров приступила к реализации всеобъемлющей 10-летней программы реформирования сектора здравоохранения, которая на сегодняшний день вошла в свою завершающую фазу. Стране удалось справиться с большинством задач, которые были поставлены в 1996 году, и стать лидером в реформировании здравоохранения в регионе. В системе здравоохранения введена система обязательного медицинского страхования, новые методы расчетов с поставщиками медицинских услуг и контрактные отношения. Также была внедрена система «единого плательщика», объединившая все предыдущие достижения реформы и ускоряющая сам процесс реформирования. Первичное звено было реструктуризовано и усилено.

Тем не менее, предстоит сделать ещё больше. Необходимо продолжить реструктуризацию системы предоставления медицинских услуг с акцентом на больничный сектор и санитарно-эпидемиологическую службу. Важно разработать концепцию обеспечения качества медицинской помощи. Требуется продолжать и усиливать мероприятия по предотвращению инфекционных заболеваний, в частности туберкулеза, малярии и ВИЧ/СПИДа. Население должно взять на себя большую ответственность за своё здоровье. Хотя средняя ожидаемая продолжительность жизни в последние годы улучшилась, она по-прежнему ниже уровня 1991 года, а младенческая и материнская смертность продолжают оставаться на очень высоком уровне.

Правительство осознало угрозу справедливости в доступности услуг здравоохранения, возникшую после распада советской системы бесплатной медицинской помощи для всех. Оно разработало Программу государственных гарантий и Перечень жизненно важных лекарственных средств. Несмотря

на эти реформы, около половины финансирования здравоохранения составляют выплаты из кармана, многие из которых являются неформальными выплатами. Хотя в определенной степени неформальные выплаты были заменены официальной сооплатой с введением системы «единого плательщика», люди с низким уровнем дохода продолжают сталкиваться с трудностями в доступе к лекарствам и медицинским услугам. Несмотря на то, что по сравнению с другими странами СНГ Кыргызстан имеет более низкую долю частных расходов из кармана, чему имеются хорошие свидетельства, необходимость платить за медицинскую помощь остается серьезным бременем для больных. Высокие уровни расходов больных связаны с низким уровнем государственных расходов и общей слабостью экономики страны. В связи с этим существенное увеличение государственных расходов в ближайшем будущем маловероятно.

Несмотря на планы по реструктуризации, практически не изменилась доля государственного финансирования больничной помощи. В рамках системы «единого плательщика» в большинстве медицинских учреждений были внедрены новые финансовые механизмы для расчетов с учреждениями вторичного и третичного уровня, основанные на нормативах, ориентированных на конечный результат, а не на мощности. Тем не менее, рационализация больничного сектора до сих пор ограничивается сокращением коечного фонда и локальной рационализацией. Для получения значительного эффекта в использовании ограниченных ресурсов страны будет необходимо преодолеть сопротивление закрытию больниц, включая Республиканские учреждения. Это позволит перенаправить ресурсы на профилактические вмешательства в отношении неинфекционных заболеваний и пропаганду здорового образа жизни.

Достигнут определенный прогресс с реформой медицинского образования. Созданы программы подготовки и переподготовки по семейной медицине, работает факультет менеджмента здравоохранения и пересмотрены учебные программы Кыргызской Государственной Медицинской Академии. Отсутствует лишь комплексная система управления человеческими ресурсами. В настоящее время человеческие ресурсы очень неравномерно распределены, с избытком в северных регионах и городской местности и нехваткой на юге и сельской местности. Заработная плата работников здравоохранения по-прежнему остается низкой, несмотря на то, что она выросла в системе «единого плательщика».

Успехи реформ здравоохранения Кыргызстана, имеющиеся на сегодняшний день, достигнуты благодаря политической поддержке руководства страны, эффективной координации деятельности доноров, последователь-

ности и непрерывности в управлении реформой и подходу «шаг за шагом», связывающему пилотные проекты с реформой на национальном уровне. Для дальнейшего продвижения реформ необходимо будет обеспечить дальнейшую поддержку со стороны всех участников, вовлеченных в осуществление реформ. Перед страной стоит необходимость достижения хороших результатов в секторе здравоохранения в контексте сложной макроэкономической и политической ситуации.

Национальная программа реформирования системы здравоохранения «МАНАС» завершится в 2006 году, и в настоящее время Министерством здравоохранения Кыргызстана ведется работа по разработке ее продолжения. Новая программа «МАНАС» будет направлена на институционализацию реформ, интеграцию вертикальных программ в общую систему оказания помощи, а также разработку межотраслевых стратегий укрепления здоровья.

Приложение

Хронология событий и законодательных актов

Август 1991	Провозглашение независимости КР
Июнь 1992	Закон «Об охране здоровья народа в Республике Кыргызстан» Закон «О донорстве крови и ее компонентов в Республике Кыргызстан» Закон «О медицинском страховании в КР» Закон «О санитарии в КР»
1993	Введение платных медицинских услуг
1994	Государственная программа «Здоровая нация» (1994–2000) – политика здоровья для всех
Март 1994	Меморандум о взаимопонимании между Европейским региональным бюро ВОЗ и МЗ о разработке и осуществлении Программы реформирования здравоохранения «МАНАС»
Март 1994	Обращение МЗ к ЮСАИД для оказания технической помощи в осуществлении пилотного Демонстрационного проекта по медицинскому страхованию в Иссык-Кульской области
Август 1994	Утверждение Национальной политики здравоохранения в Правительстве
1995–1996	Пилотный проект модели ГСВ в Иссык-Кульской области
1996	Свободная приписка к ГСВ в Иссык-Кульской области
1996	Рационализация поликлиник в городах посредством объединения взрослых и детских поликлиник и женских консультаций в объединённые поликлиники
1996	Разработка и утверждение ПЖВЛС
Июнь 1996	Утверждение Программы реформирования здравоохранения «МАНАС» Правительством КР
Ноябрь 1996	Проект ВБ «Здравоохранение–I» (1996–2000) в КР (Бишкек и Чуйская область)
Декабрь 1996	Закон «О профилактике СПИДа в КР»
Январь 1997	Введение системы ОМС в КР
Март 1997	Закон «О лекарственных средствах»

Апрель 1997	Консенсус между МЗ КР, ВБ и ФОМС о «совместно используемых системах»
Весна 1997	Начало процесса лицензирования и аккредитации; создание АГСВ и АБ
Июль 1997	Введение ФОМС НМРПМУ за пролеченный случай в больницах
Июль 1997	Определены демонстрационные ЛПУ в Чуйской области и Бишкеке для тестирования новых систем финансирования и ведения клинической информации
1997–1998	Внедрение реформы ПМСП в Чуйской, Джалал-Абадской и Ошской областях и Бишкеке
Май 1998	Осуществление рационализации больничной службы в Бишкеке и областях Закон «О защите населения от ТБ» Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»
Июнь 1998	Введение частичного фондодержания в 14 ГСВ в Караколе, Иссык-Кульская область
Декабрь 1998	Утверждение Национальной политики о лекарственных средствах; пересмотр ПЖВЛС ФОМС передан в ведение МЗ КР ПП «О реинвестировании сэкономленных средств в секторе здравоохранения»
Ноябрь 1998 – Март 1999	Свободная приписная кампания к ГСВ в Чуйской области и Бишкеке
2000	Упразднение ОУЗ; создание ООБ
Январь 1999	Аккумулирование средств на здравоохранение в Бишкеке и введение подушевой оплаты в ГСВ Бишкека
Апрель 1999	Около 55 больниц и 290 ГСВ заключили контракты с ФОМС Введение метода оплаты за пролеченный случай на бюджетные средства в отдельных больницах Бишкека
Июнь 1999	Закон «О психиатрической помощи и гарантиях граждан при её оказании»
Лето 1999	Государственная программа «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке» – новая политика здоровье для всех
Январь 2000	Закон «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» Закон «О медицинском страховании граждан в КР» Закон «О репродуктивных правах граждан» ПП «Об изменении механизмов финансирования учреждений здравоохранения КР»
Февраль 2000	Закон «О профилактике йододефицитных заболеваний»
Март 2000	ПП «О вопросах дальнейшего реформирования системы здравоохранения КР»
Апрель 2000	Государственная программа «О реформе высшего медицинского и фармацевтического образования в КР на 2000–2004 гг.»

Июнь 2000	Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний»
Октябрь 2000	Закон «Об онкологической помощи населению»
Декабрь 2000	Закон «О толковании §3 ст. 19 пункта «е» Закона «Об основах бюджетного права в КР»» Закон «О толковании §2 ст. 57 Закона «О местном самоуправлении и МГА в КР»» Эти изменения в законах заложили законодательную основу для системы «единого плательщика»: а) стало возможным аккумулирование на вышестоящем (областном) уровне средств районного/городского бюджетов для финансирования здравоохранения; б) в системе здравоохранения введён термин «сооплата» – средства, выплачиваемые населением в ЛПУ, не являющиеся частью бюджетного процесса и не подлежащие налогообложению
Январь 2001	ПП «О введении нового механизма финансирования учреждений здравоохранения КР с 2001 года» ПП «О Программе государственных гарантий по обеспечению бесплатной и льготной медицинской помощи гражданам в Иссык-Кульской и Чуйской областях в 2001 году» ПП «О сооплате населением за лекарства, питание и отдельные виды медицинских услуг, предоставляемых ЛПУ сверх Программы государственных гарантий по обеспечению бесплатной и льготной медицинской помощи гражданам в Иссык-Кульской и Чуйской областей в 2001 году»
Июнь 2001	Национальная программа «Туберкулёз–II (2001–2005)»
Август 2001	Пилотирование Допакета в Бишкеке
Сентябрь 2001	Национальная программа «Иммунопрофилактика 2001–2005 гг.»
2 полугодие 2001	Второй проект ВБ «Здравоохранение–II 2001–2006»
Октябрь 2001	Переход на бесстатейное финансирование в Иссык-Кульской и Чуйской областях Пересмотр Государственной лекарственной политики
2002	Допакет введён во всей стране
Февраль 2002	ПП «О предоставлении медицинской помощи гражданам КР согласно ПГГ в 2002 году»
Март 2002	Нарынская и Таласская области входят в систему «единого плательщика»
Май 2002	ПП «Об образовании Фонда высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи МЗ КР»
Февраль 2003	Круглый стол «Об осуществлении и перспективах реформы сектора здравоохранения в КР» с участием Президента КР и донорских организаций – было выражено обязательство продолжать и продвигать реформу далее
Март 2003	К системе «единого плательщика» присоединились Баткенская, Джалал-Абадская и Ошская области
Апрель 2003	Допакет внедрен по всей республике

Ноябрь 2003	К системе «единого плательщика» присоединились Республиканские ЛПУ
Февраль 2004	Принятие первой Программы государственных гарантий для всей страны
Март 2004	Поставщики санитарно-эпидемиологической службы перешли на оплаты
Июнь 2004	Принятие Национальной программы по укреплению здоровья граждан в Кыргызской Республике на 2004–2010 годы
Июль 2004	Закон КР «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения в Кыргызской Республике»
Август 2004	Закон КР «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике»
Январь 2005	Закон КР «Об охране здоровья граждан»

Использованная литература

1. Киргизская Советская Социалистическая Республика. Энциклопедия. – Фрунзе: Академия наук Киргизской ССР, 1982.
2. Демографический ежегодник Кыргызской Республики (1999–2003). Годовая публикация. Бишкек, Национальный статистический комитет, Кыргызская Республика, 2004.
3. Европейская база данных «Здоровье для всех» [база данных он-лайн]. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, Январь 2005 (<http://www.euro.who.int/hfadb>, посещение 11 марта 2005).
4. Республиканский медико-информационный центр. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2003 году. – Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 2004.
5. Республиканский медико-информационный центр. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2000 году. – Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 2001.
6. CARINFONET. Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках. Статистические данные из стран, участвующих в проекте CARINFONET. – Бишкек, Информационный центр ВОЗ для стран ЦАР, 2000.
7. McKee M, Chenet L. Patterns of health. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. Health care in central Asia. Buckingham, Open University Press, 2002: 57–66.
8. World development indicators (CD-ROM). Washington, DC, World Bank, 2003.

9. Aleshina N, Redmond G. How High is Infant Mortality in Central and Eastern Europe and the CIS? Innocenti Working Paper No.99. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003.
10. Gwatkin DR et al. Socio-economic differences in health, nutrition, and population in the Kyrgyz Republic. Washington, DC, HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank, 2000.
11. Rechel B, Shapo L, McKee M. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Relevance and policy implications. World Bank Working Paper No. 33. Washington, DC, World Bank, 2004.
12. At a glance: Kyrgyzstan [web site]. United Nations Children's Fund, 2004 (www.unicef.org/infobycountry/kyrgyzstan_statistics, accessed 28 июля 2004).
13. Kokko S et al. Tuberculosis and HIV/AIDS in the prisons of the Republic of Kyrgyzstan – tackling the growing public health problems. Discussion Paper. Washington, DC, World Bank, 2002.
14. Республиканский медико-информационный центр. Здоровье населения и состояние здравоохранения Кыргызской Республики, 1991–2000 гг. – Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 2001.
15. World Bank. HIV/AIDS in Central Asia. Washington, DC, The World Bank Group, 2004 (www.worldbank.org/kg/eca/kyrgyz.nsf, accessed 23 July 2004).
16. Kyrgyz Republic: Joint IDA–IMF staff assessment of the National Poverty Reduction Strategy Paper. Washington, DC, World Bank, Central Asia Country Unit, 2003.
17. Pomfret R. Macroeconomic pressures. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. Health care in central Asia. Buckingham, Open University Press, 2002: 31–41.
18. Kyrgyz Republic Public Expenditure Review: Fiscal Policies for Growth and Poverty Reduction. Washington, DC, World Bank, Poverty Reduction and Economic Management Unit, Europe and Central Asia Region, 2003.
19. Министерство финансов Кыргызской Республики [веб-сайт] (<http://www.minfin.kg>, посещение 15 октября 2003).
20. Asian Development Bank [website] (<http://adb.org/statistics>, accessed 15 October 2003).
21. Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, NY, United Nations Development Programme, 2004.

22. Falkingham J. Inequality and poverty in the CIS 7, 1989–2002. 2003. Lucerne Conference of the CIS–7 Initiative, Lucerne, 20–22 January 2003.
23. Falkingham J. Poverty, affordability and access to health care. In: McKee M, Healy J, Falkingham J, eds. Health care in central Asia. Buckingham, Open University Press, 2002: 42–56.
24. Национальная стратегия сокращения бедности 2003–2005 гг. (НССБ), Первый отчет о достигнутом прогрессе. – Бишкек, Кыргызская Республика, 2004.
25. Кыргызская Республика: Новые перспективы. Комплексная основа развития Кыргызской Республики до 2010 года. Общенациональная стратегия. – Бишкек, Министерство финансов, Кыргызская Республика, 2001.
26. Recent Policies and Performance of the Low-Income CIS Countries. An Update of the CIS–7 Initiative, 23 April 2004. Washington, DC, International Monetary Fund and World Bank, 2004 (<http://www.cis7.org>, accessed 17 July 2004).
27. Central Asia: Border Disputes and Conflict Potential. ICG Asia Report No. 33. Brussels, International Crisis Group Asia, 2002.
28. Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения. – Бишкек: «Учкун», 2003.
29. Саргалдакова А. и др. Системы здравоохранения в переходный период: Кыргызстан. Копенгаген, Европейская обсерватория систем здравоохранения, 2000.
30. Schüth T. People's perspectives on the co-payment policy: rapid appraisal study in the pilot area of Chui and Issyk-Kul oblasts. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 8. Bishkek, World Health Organization and MANAS Health Policy Analysis Project, Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2001.
31. Kyrgyz Republic Public Expenditure Review. Washington, DC, World Bank, 2004.
32. World Health Organization, United Kingdom Department for International Development. Mobilizing resources for health care in Kyrgyzstan. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Brief No. 1. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2004.
33. Закон Кыргызской Республики «О тарифах страховых взносов по государственному социальному страхованию», 24 января 2004. – Бишкек, Кыргызская Республика, 2004.

34. Закон Кыргызской Республики «Об медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике», 18 октября 1999, в редакции Законов КР от 21 апреля 2003 года и 15 июля 2003 года. – Бишкек, Кыргызская Республика, 2003.
35. Мейманалиев Т. Информация о мерах по улучшению деятельности Фонда обязательного медицинского страхования при министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. Отчет депутатам Парламента. – Бишкек, Кыргызская Республика, 2001.
36. Абель-Смит, Б. и Фолкингхэм, Дж. Финансирование услуг здравоохранения в Кыргызстане: уровень частных расходов. – Лондон: Лондонская школа экономики и политологии, 1995.
37. Falkingham J. Health, health seeking behaviour and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan 2001: the final report of the Kyrgyz Household Health Finance Survey. Report to Ministry of Health of Kyrgyzstan and the Health and Population Division, Central Asia, United Kingdom Department for International Development, 2001.
38. Kutzin J. Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 24. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2003.
39. Kutzin J. Note on MOH plans for co-payment levels for 2002. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 15. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2002.
40. Kutzin J. Note on patient awareness of co-payment levels. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 17. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2002.
41. Социальное развитие Кыргызской Республики (1997–2001). Годовая публикация. – Бишкек, Национальный статистический комитет, Кыргызская Республика, 2002.
42. Policy issues in providing outpatient specialist care. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Brief No. 5. Bishkek, World Health Organization and United Kingdom Department for International Development, 2004.
43. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Под ред. Лисицына Ю. – Москва, «Медицина», 1987.
44. Did restructuring of health facilities reduce utility costs? MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Brief No. 6. Bishkek, World Health Organization and United Kingdom Department for International Development, 2004.

45. Ibragimova S. Survey of discharged patients: report on first round survey. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No.11. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, Kyrgyz Republic, 2001.
46. Министерство труда и социальной защиты Кыргызской Республики [веб-сайт] (<http://www.mlsp.gov.kg>, посещение 15 апреля 2003).
47. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [веб-сайт] (<http://nsc.bishkek.su>, посещение 15 апреля 2003).
48. Кыргызстан в цифрах. Официальная публикация. – Бишкек, Национальный статистический комитет, Кыргызская Республика, 2004.
49. Отчет по мониторингу и оценке ситуации по лекарственному обеспечению в Кыргызской Республике. – Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 2002.
50. Уркунбаев Ш. Д. Ситуация с лекарственным обеспечением населения в Кыргызской Республике и пути ее улучшения. «Фармация Казахстана», Алматы, Казахстан, 2003.
51. Национальная программа реформирования системы здравоохранения «МАНАС» (1996–2006). – Бишкек, Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 1996.

Библиография

Hopkinson B et al. (2004). The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *International Journal for Health Planning and Management*, 19: 43–61.

Министерство финансов Кыргызской Республики (1999) Бюджетирование и исследования бюджетной политики – Планирование и бюджетирование сектора здравоохранения. Бишкек: МФ КР.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики (1999) Государственный отчет «Здоровье населения на рубеже 21го века». Реформа в действии. Бишкек: Республиканский медико-информационный центр.

Национальный статистический комитет Кыргызской Республики (2000). Социально-экономическое развитие Кыргызской Республики (1995–1999).

Под ред. Лисицына Ю (1987). Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. Москва: «Медицина».

Республиканский медико-информационный центр (2002). Отчет о состоянии здоровья населения (Презентация на коллегии министерства здравоохранения, слайд 67) Бишкек, Республиканский медико-информационный центр.

Научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии и Макро Интернэшнл Инк. (1998). Кыргызская Республика: Медико-демографическое исследование, 1997. Калвертон, Мэрилэнд, США, Кыргызская Республика, Министерство здравоохранения.

Всемирная организация здравоохранения и «МАНАС» (1997а). Программа реформирования здравоохранения Кыргызстана: Программа политики и систем здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

___ (1997b) Отчет об осуществлении реформ здравоохранения в Кыргызстане. Июль 1996–апрель 1997. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

___ (1998a) Отчет об осуществлении реформ здравоохранения в Кыргызстане. Май–ноябрь 1997. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

___ (1998b) Отчет об осуществлении реформ здравоохранения в Кыргызстане. Декабрь 1997–апрель 1998. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

___ (1999) Отчет об осуществлении реформ здравоохранения в Кыргызстане. Май–ноябрь 1998. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Очерки «Системы здравоохранения в переходный период»

– Серия Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения

Страновые очерки «Системы здравоохранения в переходный период» (HiT) представляют аналитическое описание каждой системы здравоохранения, а также осуществляемых или планируемых инициатив по её реформированию. Они преследуют цель предоставить соответствующую сравнительную информацию разработчикам политики и аналитикам в сфере развития и реформирования систем здравоохранения в Европейском регионе и за его пределами.

Очерки HiT – это строительный материал, который может использоваться:

- для детального изучения различных подходов к организации, финансированию и предоставлению медицинских услуг;
- для описания процесса, содержания и реализации программ по реформированию здравоохранения;
- для выявления общих трудностей и областей, требующих более глубокого анализа;
- в качестве инструмента для распространения информации о системах здравоохранения и обмена опытом о стратегиях реформирования между разработчиками политики и аналитиками в странах Европейского региона ВОЗ.

Как получить копию НiT

Все страновые очерки НiT имеются в PDF формате на сайте www.observatory.dk, где Вы можете также подписаться на почтовый реестр для получения ежемесячных сводок о деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, включая новые НiT, книги в нашей серии, совместно издаваемой с Издательством заочного университета (на английском языке), информационные обзоры, информационный бюллетень «*EuroObserver*» и журнал «*EuroHealth*». Если Вы желаете заказать бумажную копию НiT, пожалуйста, напишите на следующий адрес:



Публикации
Европейской
обсерватории
по системам и политике
здравоохранения
доступны по адресу:
www.euro.int/observatory

info@obs.euro.who.int

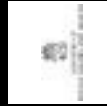
Страновые очерки НИТ, опубликованные на сегодняшний день:

Австралия (2002)
 Австрия (2001^е)
 Азербайджан (2004)
 Албания (1999, 2002^{а,а})
 Андорра (2004)
 Армения (2001^г)
 Бельгия (2000)
 Болгария (1999, 2003^б)
 Босния и Герцеговина (2002^г)
 Бывшая Югославская Республика Македония (2000)
 Венгрия (1999, 2004)
 Германия (2000^е, 2004^е)
 Грузия (2002^{д,г})
 Дания (2001)
 Израиль (2003)
 Исландия (2003)
 Испания (2000^н)
 Италия (2001)
 Казахстан (1999^г)
 Кипр (2004)
 Кыргызстан (2000^г, 2005^г)
 Латвия (2001)
 Литва (2000)
 Люксембург (1999)
 Мальта (1999)
 Нидерланды (2004)
 Новая Зеландия (2002)
 Норвегия (2000)
 Польша (1999)
 Португалия (1999, 2004)
 Республика Молдова (2002^г)
 Российская Федерация (2003^г)
 Румыния (2000^г)
 Словакия (2000, 2004)
 Словения (2002)
 Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии (1999^г)
 Таджикистан (2000)
 Туркменистан (2000)
 Турция (2002^{г,и})
 Узбекистан (2001^г)
 Украина (2004^г)
 Финляндия (2002)
 Франция (2004^е)
 Хорватия (1999)
 Чешская Республика (2000, 2005)
 Швейцария (2000)
 Швеция (2001)
 Эстония (2000, 2004)

Ключ

Все очерки НИТ имеются на английском языке.
 Где указано, они также имеются на других
 языках:

- ^а Албанский
- ^б Болгарский
- ^с Французский
- ^д Грузинский
- ^е Немецкий
- ^ф Румынский
- ^г Русский
- ^н Испанский
- ^и Турецкий



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения представляет собой партнерство между Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения, правительствами Бельгии, Греции, Испании, Норвегии, Финляндии и Швеции, областью Венето Италии, Европейским инвестиционным банком, Институтом открытого общества, Всемирным банком, Лондонской школой экономики и политологии и Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

НПТ представляет собой детальный очерк о различных стратегиях и системах здравоохранения, подготовленный и обновляемый специалистами Обсерватории путем применения стандартизированного подхода, который позволяет сопоставлять данные разных стран. Эти очерки обеспечивают фактами, цифрами и анализом, а также освещают прогресс реализации мероприятий в рамках реформ.

ISSN 1020-9077

НПТ