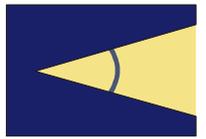


Европейская **обсерватория**

по системам здравоохранения



Системы здравоохранения: время перемен

Кыргызстан



Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

Системы здравоохранения: время перемен

Кыргызстан 2000

AMS 5012669(KGZ)
Target 19
2000

Ключевые слова

Медицинское обслуживание

Исследования

Финансирование здравоохранения

Реформа здравоохранения

Принципы организации здравоохранения — структура и управление

Кыргызстан

**© Европейская обсерватория
по системам здравоохранения, 2000**

Данный обзор распространяется бесплатно, использовать его полностью или частично для коммерческих целей запрещается. Права на издание обзора или его части можно получить в Секретариате Европейской обсерватории по системам здравоохранения по адресу: Secretariat of the European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Scheffersvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. Европейская обсерватория по системам здравоохранения приветствует подобные обращения.

Определения и подача материала данного обзора не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ. В обзоре использованы названия стран и районов, принятые на момент его составления.

Обзор содержит точки зрения только его авторов, не всегда совпадающие с решениями и официальной политикой Европейской обсерватории по системам здравоохранения и ее членов.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения

Европейское региональное бюро ВОЗ

Правительство Норвегии

Правительство Испании

Европейский инвестиционный банк

Всемирный банк

Лондонская школа экономических и политических наук

Лондонская школа гигиены и тропической медицины

Содержание

Предисловие	V
Благодарности	VII
Введение и историческая справка	1
Общие сведения	1
История здравоохранения	8
Структура и управление	10
Структура здравоохранения	10
Планирование, нормирование и управление	12
Децентрализация здравоохранения	13
Источники финансирования и затраты	15
Основная система финансирования	15
Дополнительные источники финансирования	15
Набор медицинских услуг	19
Затраты на здравоохранение	19
Структура государственных затрат на здравоохранение	21
Медицинское обслуживание	28
Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение	29
Специализированное медицинское обслуживание	39
Медико-социальная помощь	44
Медицинские кадры и обучение медицинских работников	50
Лекарственные средства и медицинские технологии	57
Распределение средств	61
Бюджет здравоохранения и распределение средств	61
Финансирование больниц	63
Заработная плата медицинского персонала	65
Реформы здравоохранения	67
Цели и задачи	67
Проведение реформ	68
Заключение	71
Библиография	73
Приложение	76

DFID Департамент
Международного
развития

Выражаем благодарность
Департаменту международного развития,
Великобритания

Предисловие

Каждый обзор здравоохранения страны переходного периода содержит всесторонний анализ системы здравоохранения и ее реформ — проводимых и разрабатываемых. Обзоры служат основой деятельности Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения — уникальная организация, в которой сотрудничают Европейское региональное бюро ВОЗ, правительства Греции, Норвегии и Испании, Европейский инвестиционный банк, Институт «Открытое общество», Всемирный банк, Лондонская школа экономических и политических наук, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Цель этого сотрудничества — поддерживать и развивать научно обоснованные методы управления здравоохранением, разработанные на основе глубокого и всестороннего изучения опыта разных европейских стран.

Обзоры здравоохранения стран переходного периода призваны предоставить информацию для сравнения и помочь руководителям и исследователям совершенствовать и преобразовывать здравоохранение в странах Европы и за ее пределами. Обзоры представляют собой составные элементы мозаики, которые позволяют:

- подробно узнать о различных методах финансирования, организации и предоставления медицинских услуг;
- точно описать развитие, содержание и проведение реформ здравоохранения;
- обозначить частые трудности, а также области, которые требуют более глубокого исследования;
- предоставить руководителям и исследователям европейских стран возможность делиться сведениями о здравоохранении и обмениваться опытом его реформ.

В каждой стране над созданием обзора работают местные специалисты вместе с научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения. Чтобы данные обзоров разных стран были сопоставимы, разработаны стандартные правила и план составления обзора — подробное руководство и перечень вопросов, определений и примеров. Количественные показатели получают из разных источников: в первую очередь это база данных «Здоровье для всех» Европейского региональ-

ного бюро ВОЗ, медицинская база данных Организации экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк.

Составление обзоров сопряжено с рядом методических сложностей. Во многих странах относительно немного данных о здравоохранении и результатах реформ. Большая часть сведений получена из местных источников и обработана международными специалистами в той или иной области. Подобный подход, однако, не исключает субъективности некоторых утверждений и выводов. К тому же нет единой общепризнанной терминологии для описания многообразия европейских систем здравоохранения, поэтому сходные данные нередко понимают и толкуют по-разному. Разработан ряд общих определений, но и они не позволяют полностью избежать разночтений. С подобными трудностями сталкиваются все сравнительные исследования в области здравоохранения.

Обзоры служат источником описательных, свежих и сопоставимых данных о здравоохранении разных стран и дают руководителям возможность извлекать уроки из международного опыта. В обзорах также содержатся все данные для глубокого сравнительного анализа реформ. Выпуск обзоров продолжается. Подобные обзоры будут составлены для всех европейских стран, все сведения будут регулярно обновляться, что позволит постоянно следить за ходом реформ. Обзоры можно найти на сайте Европейской обсерватории по системам здравоохранения: <http://www.observatory.dk>.

Благодарности

Авторы обзора о системе здравоохранения Кыргызстана — Асель Саргалдакова (Департамент координации и внедрения реформ, Министерство здравоохранения, Кыргызстан), Джудит Хили (Европейская обсерватория по системам здравоохранения), Йозеф Кутцин (Европейское региональное бюро ВОЗ) и Гюлин Гедик (Европейское региональное бюро ВОЗ). Авторы благодарят Тилека Мейманалиева (министр здравоохранения Кыргызстана), Альму Акинову-Фармер и Сергея Синельникова (Европейская обсерватория по системам здравоохранения) за помощь в подготовке обзора.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения благодарит рецензентов обзора за их замечания: Мартина Тейлора (Департамент международного развития, Великобритания), Кэрол Хоппи и Яну Бултману (Всемирный банк). Мы признательны Министерству здравоохранения Кыргызстана за поддержку.

Обзоры из серии «Системы здравоохранения: время перемен» для республик Средней Азии были подготовлены при поддержке программы «Политика и системы здравоохранения» под руководством Сердара Саваса, директора Европейского регионального бюро ВОЗ по управлению программами, и по согласованию с Гюлин Гедик, сотрудником проекта по странам — участницам Таможенной конвенции о карнете АТА. Мы благодарны Департаменту международного развития (Великобритания) за поддержку, оказанную при подготовке обзоров из серии «Системы здравоохранения: время перемен» для республик Средней Азии.

Данная серия обзоров подготовлена научными руководителями и сотрудниками Европейской обсерватории по системам здравоохранения.

Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.

В Европейской обсерватории по системам здравоохранения коллектив создателей обзоров работает под руководством генерального секретаря Джозепа Фигераса; научные руководители — Мартин Мак-Ки, Элиас Мос-

сиалос и Ричард Солтман. Координатор проекта — Сузи Лессоф. Редакторы серии — Анна Диксон, Джудит Хили и Элизабет Керр.

Административной поддержкой, проектированием и изданием обзоров руководит Филлис Дал при участии Мириам Андерсен, Сью Гаммермана и Анны Марессо. Отдельную благодарность авторы выражают: Европейскому региональному бюро ВОЗ за предоставление сведений по медицинскому обслуживанию из Европейской базы данных «Здоровье для всех»; Организации экономического сотрудничества и развития — за предоставление данных о здравоохранении в странах Западной Европы; Всемирному банку — за предоставление данных о затратах на здравоохранение в странах Центральной и Восточной Европы. Авторы также благодарят государственные статистические службы за предоставление официальных данных.

Введение и историческая справка

Общие сведения

Кыргызстан расположен в Средней Азии. Из состава СССР вышел в августе 1991 г. Граничит на севере с Казахстаном, на востоке — с Китаем, на юге — с Таджикистаном и на западе — с Узбекистаном. Расположен в пределах двух горных систем — Тянь-Шаня на северо-востоке и Памиро-Алая на юго-западе. Это маленькая гористая страна, не имеющая выхода к морю. Занимает площадь 199 000 км². Большинство населения проживает в плодородных горных долинах. Столица, город Бишкек (с населением 800 000 человек), окружена высокими горами. Страна имеет обширные водные ресурсы, в том числе 3000 озер, включая озеро Иссык-Куль.

Численность населения в 1997 г. составляла 4,6 млн человек, из них 62% проживали в сельской местности и 38% — в городах. Основные этнические группы — кыргызы (около 61%), русские (15%) и узбеки (14%); остальные 10% приходятся на множество национальных меньшинств (26). Основные языки — кыргызский (принадлежит к тюркской языковой группе) и русский (широко используется в деловой жизни и государственном управлении). Большинство верующих — мусульмане-сунниты, меньшая часть — христиане (православные и католики).

Одними из первых территорию нынешнего Кыргызстана заселили скифы, известные тем, что в IV в. до н. э. дали отпор Александру Македонскому во время его похода через Среднюю Азию. С VI по XII в. этой территорией владели тюркские племена (в том числе династия Караханидов), которые заложили здесь несколько городов. Предки нынешних кыргызов стали переселяться в этот край позднее, особенно после нашествия Чингисхана в XIII в. и ойратов в XVI в. Затем территория нынешнего Кыргызстана входила в состав Кокандского ханства. К России она была присоединена во второй половине XIX в.; с этого времени сюда стали переселяться русские. При подавлении кыргызского восстания в 1916 г. погибли многие тысячи людей (21). В 1918 г. земли кыргызов вошли в состав Туркестанской автономной советской социалистической республики, которая стала частью Российской Федерации. В 1920-е гг. многих кочевников заставили объединиться в коллективные хозяйства, но некоторые бежали через горы в Китай. В 1926 г.

Рисунок 1. Карта Кыргызстана¹

была образована Киргизская автономная советская социалистическая республика, а в 1936 г. — Киргизская советская социалистическая республика.

Государственное управление

Тридцать первого августа 1991 г. Верховный Совет Киргизии проголосовал за независимость республики от СССР. Аскар Акаев (впервые избранный председателем Верховного Совета в октябре 1990 г.) продолжил руководить страной в качестве президента. Пятого мая 1993 г. парламент принял новую Конституцию и новую структуру правительства. В течение первых двух лет независимости Кыргызстан постепенно переходил от советской власти к созданию основ гражданского общества путем поощрения свободной прессы, отмены запрета на политические объединения и перехода к рыночной экономике (12).

В январе 1995 г. Аскар Акаев был переизбран на следующий пятилетний срок. Проведенный в феврале 1996 г. референдум значительно расширил полномочия президента и закрепил президентскую форму правления.

Первый после провозглашения независимости парламент (Жогорку Кенеш) состоял из 350 членов. После референдума 1995 г. его структура была изменена. Парламент стал двухпалатным: нижняя палата, Законодательное собрание (35 депутатов), представляла интересы всего населения республи-

¹ Представленные в данном обзоре карты не отражают взгляды какого бы то ни было отделения или члена Европейской обсерватории по системам здравоохранения на правовой статус страны, района, области, города и их властей, равно как и на определение их границ.

ки, а Собрание народных представителей (70 депутатов) — интересы регионов. Все депутаты избираются на пять лет. В 1999 г. структура парламента была вновь изменена. Ныне Законодательное собрание включает 60 членов, 45 из которых избираются, а 15 — выдвигаются политическими партиями, а Собрание народных представителей — 45 членов. Последние парламентские выборы состоялись в марте 2000 г.

Кабинет министров назначается президентом по рекомендации премьер-министра. В 1999 г. в Кыргызстане существовали 16 политических партий, крупнейшая из них является президентской.

Кыргызстан поделен на 7 областей (регионов): Чуйскую, Иссык-Кульскую, Ошскую, Таласскую, Джалал-Абадскую, Нарынскую и Баткенскую. Административные центры каждой из них находятся в крупных горных долинах. Столица, Бишкек, представляет собой отдельную административную единицу. В области имеется выборный областной совет (областной кенеш), а возглавляет ее аким. Области разделены на несколько районов. Всего городов и районов насчитывается 64. В Кыргызстане имеются 455 муниципалитетов и 64 органа местного самоуправления: в 7 областях, Бишкеке, 12 других городах и 45 районах (26).

Демографические показатели и здоровье населения

С 1990 по 1997 г. численность населения выросла лишь на 2,7%, несмотря на высокую рождаемость. Сокращение численности населения в начале 1990-х гг., после провозглашения независимости, было обусловлено главным образом эмиграцией славян и немцев. После спада в 1993—1994 гг. численность населения стала увеличиваться, но в 1997 г. вновь уменьшилась до 4,48 млн человек (табл. 1). Более точные сведения об этом показателе были получены после проведенной в 1999 г. переписи населения.

Население Кыргызстана молодо (37% жителей моложе 15 лет). Суммарный коэффициент рождаемости снизился по сравнению с серединой 1970-х гг., но все же остается достаточно высоким по западноевропейским стандартам и составляет 3,4 в расчете на одну женщину в возрасте от 15 до 44 лет (22). Рождаемость по-прежнему значительно выше смертности.

Здоровье населения в 1990-х гг. ухудшилось (табл. 2). Средняя продолжительность жизни мужчин сократилась с 64,4 года в 1990 г. до 62,5 года в 1997 г. (по сравнению с 62,2 года в странах бывшего СССР и 74,2 года в странах Европейского союза). Средняя продолжительность жизни женщин тоже немного уменьшилась: с 73,3 года в 1990 г. до 71,2 года в 1997 г. (по сравнению с 72,8 года в странах бывшего СССР и 80,8 года в странах Европейского союза). Таким образом, в Кыргызстане, как и в других странах бывшего СССР, средняя продолжительность жизни снизилась, в то время как в странах Европейского союза она неуклонно росла.

Детская смертность в 1997 г. составляла 28,6 на 1000 новорожденных (это выше, чем в среднем в странах бывшего СССР — 21,1 на 1000 новорожденных, и тем более выше, чем в среднем в странах Европейского союза — 5,7 на 1000 новорожденных). В Кыргызстане этот показатель до сих пор рассчиты-

Таблица 1. Демографические показатели в 1989—1997 гг.

Показатель	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Численность населения (млн чел.)	4,294	4,362	4,421	4,461	4,450	4,440	4,482	4,543	4,480
Доля населения в возрасте моложе 15 лет	37,5	37,6	37,6	37,7	37,8	37,9	37,7	37,5	36,9
Суммарный коэффициент рождаемости	3,8	—	3,7	3,1	3,6	3,1	3,3	3,0	2,8
Рождаемость на 1000 населения	30,6	29,5	29,3	28,8	26,3	24,8	26,2	23,8	22,2
Смертность на 1000 населения	7,3	7,0	6,9	7,2	7,8	8,4	8,2	7,6	7,5

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

вают так же, как и при советской власти, то есть в знаменателе учитывают число детей, родившихся недоношенными или маловесными и умерших в течение первых 7 дней жизни (5). Если бы детскую смертность определяли в соответствии с международными стандартами, она была бы еще выше. Проведенное с использованием таких стандартов исследование демографических показателей и здоровья населения Кыргызстана показало, что детская смертность достигает 61 на 1000 новорожденных (22). Основные причины смерти детей в возрасте до 1 года по большей части предотвратимые — заболевания органов дыхания, понос и несчастные случаи.

Материнская смертность была очень высокой, но в 1990-х гг. значительно снизилась, вероятно, благодаря тому, что охране материнства стали уделять больше внимания. В то же время в 1997 г. зарегистрирован резкий скачок этого показателя — до 62,7 на 100 000 новорожденных (по сравнению с 39,4 в странах бывшего СССР и 7,1 в странах Европейского союза). По данным проведенного в 1997 г. исследования демографических показателей и здоровья населения Кыргызстана, примерно 16% беременных страдают умеренной анемией (22), а при анемии повышается риск неблагоприятного исхода беременности. Число аборт в 1997 г. составляло 212 на 1000 родов (это меньше, чем в среднем в странах бывшего СССР — 1065 на 1000 родов).

В Кыргызстане, как и в большинстве других стран бывшего СССР, возросла заболеваемость незаразными болезнями, возможно, вследствие распространения вредных привычек, таких, как курение, злоупотребление алкоголем и чрезмерное употребление жирной пищи. Стандартизованная по возрасту смертность мужчин от ишемической болезни сердца в 1990-е гг. увеличилась и составила в 1997 г. 136 на 100 000 населения. Стандартизованная по возрасту смертность мужчин от цереброваскулярных заболеваний тоже возросла, но к 1997 г. немного уменьшилась, до 85,8 на 100 000 населения. Стандартизованная по возрасту смертность от онкологических заболеваний снизилась.

Таблица 2. Показатели состояния здоровья населения в 1990—1997 гг.

Показатели	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Средняя продолжительность жизни женщин ^a	73,0	72,7	72,2	71,1	69,9	69,9	71,0	71,2
Средняя продолжительность жизни мужчин ^a	64,4	64,6	64,2	62,5	61,1	61,3	62,5	62,5
Детская смертность на 1000 новорожденных ^a	30,2	29,7	31,6	32,9	29,6	27,7	26,6	28,6
Материнская смертность на 100 000 новорожденных ^b	62,9	55,6	49,9	44,5	42,7	44,3	31,5	62,7
Число аборт на 1000 родов ^a	41,6	37,7	34,2	1,9	28,5	23,1	22,4	21,2
Стандартизированная по возрасту смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 10 000 населения ^a	60,7	67,7	71,1	79,8	96,0	103,9	91,1	85,8
Заболеваемость сифилисом на 100 000 населения	1,9	2,1	2,8	4,4	23	74	153	151
Заболеваемость всеми формами туберкулеза на 100 000 населения	52,9	56,9	57,9	54,5	61,4	75,4	90,1	114

Источник:

^a База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;

^b база данных ЮНИСЕФ TransMONEE, версия 3.0.

К вновь возродившимся инфекционным болезням, в том числе обусловленным бедностью, добавились новые. Ухудшение здоровья населения во многом связано с обнищанием населения (см. ниже). В Кыргызстане высоки частота зарегистрированных случаев туберкулеза легких и смертность от него. Заболеваемость всеми формами туберкулеза составляла в 1997 г. 114 на 100 000 населения (по сравнению с 67,4 в странах бывшего СССР в среднем и 13,2 в странах Европейского союза в среднем, табл. 2). Увеличилась и заболеваемость другими инфекциями, такими как дифтерия и гепатит. В 1990-е гг. в Кыргызстане, как и в остальных республиках Средней Азии, стала расти заболеваемость сифилисом и другими болезнями, передающимися половым путем. Увеличилась распространенность наркомании (оцениваемая по числу зарегистрированных наркоманов). Точная информация о числе наркоманов не известна, так как они не склонны обращаться за медицинской помощью, опасаясь социально-экономических последствий принудительного учета (25).

Экономические показатели

Экономика Кыргызстана сильно пострадала после распада СССР из-за сужения экспортного рынка и прекращения денежных субсидий из Москвы. Сокращение масштабов экономики сопровождалось высокой инфляцией. С 1991 г. экономическая политика Кыргызстана направлена на развитие рыночных отношений. Были приватизированы малые предприятия, отменено государственное регулирование цен, проведена реструктуризация банковского сектора, приняты законы, стимулирующие рыночную экономику, в том числе разрешающие частную собственность на землю (что в 1998 г. потребовало внесения поправок в Конституцию).

Резко сократился ВВП — с 1992 по 1995 г. на 50% (по данным Международного валютного фонда, 1999 г.). Только в 1994 г. ВВП упал на 20% (табл. 3). В 1994 г. страна взялась за проведение всеобъемлющих экономических реформ, и уже в 1996—1997 гг. появились признаки оживления экономики. Однако в 1998 г. прирост ВВП составил лишь 2% из-за снижения добычи золота, более низкого, чем ожидалось, объема выпуска сельскохозяйственной продукции и финансового кризиса в Российской Федерации (13). В 1998—2001 гг. в Кыргызстане началась реализация второй программы Международного валютного фонда (МВФ).

Благодаря жесткой кредитно-денежной и налогово-бюджетной политике с 1995 г. темпы инфляции стали быстро снижаться. Однако со второго квартала уровень инфляции вновь стал расти из-за финансового кризиса в России. ВВП на душу населения снизился с 3520 долларов США в 1990 г. до 2140 долларов США в 1997 г. В 1993 г. Кыргызстан ввел собственную валюту — *сом*. Планируется продолжить экономические преобразования, чтобы решить такие проблемы, как крупный дефицит государственного бюджета и возрастание внешнего долга.

По данным Государственного комитета Кыргызстана по статистике (табл. 4), общий бюджетный дефицит достиг максимума в 1995 г. (11,5% ВВП) и с тех пор снизился благодаря неуклонному сокращению государственных расходов. Доходы государственного сектора (в % ВВП) несколько возросли, но все же остаются чуть ниже соответствующего показателя в странах с низким уровнем доходов. До тех пор пока государственные доходы будут оставаться низкими, а бюджет — несбалансированным, затраты государства на здравоохранение вряд ли увеличатся.

Экономика страны зависит главным образом от сельского хозяйства, которое в 1997 г. давало 45% ВВП (29). Объемы выпуска большинства сельскохозяйственных культур в начале 1990-х гг. сократились, но затем стали восстанавливаться, в то время как продукция животноводства и производство шерсти до сих пор пребывают в упадке. Сельское хозяйство — самая эффективная отрасль экономики: в 1996—1997 гг. его рост составил 10—13%. Кыргызстан богат полезными ископаемыми и в 1996 г. получил существенный доход от экспорта золота. Угольная промышленность переживает кризис, однако в области энергетики государство возлагает большие надежды на развитие своих богатых гидроэнергоресурсов.

Таблица 3. Макроэкономические показатели в 1989—1997 гг.

Показатели	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Изменение ВВП (%) ^b	4,5	3,0	-5,0	-19,0	-16,0	-20,0	1,3	5,6	6,0
Инфляция (%) ^a	—	—	113	1359	1086	181	43	32	23
ВВП на душу населения (доллары США) ^a	—	—	1550	810	850	610	690	—	—
ВВП на душу населения по паритету покупательной способности (доллары США) ^a	—	3520	3239	2776	2328	1712	1880	1745	2140
Средняя месячная заработная плата (доллары США) ^e	—	—	—	—	—	22	36	39	36
Уровень потребительских цен (в % от 1995 г.) ^c	—	—	—	2,1	24,8	69,7	100,0	132,0	162,9
Государственные расходы (%ВВП) ^b	—	38,3	30,3	33,9	39,1	28,6	30,2	23,4	22,3
Официальный уровень безработицы ^d	—	—	0,01	0,10	0,20	0,70	2,90	4,40	3,10

Источник:

^a База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ;

^b база данных ЮНИСЕФ TransMONEE, версия 3.0;

^c Международный валютный фонд, 1999;

^d Государственный комитет Кыргызстана по статистике.

В Кыргызстане, как и в других республиках Средней Азии, существенно возросли уровень бедности и разница в доходах между отдельными слоями населения (9). Снижение реальной заработной платы прекратилось лишь в 1997 г. В 1996 г. заработная плата составляла 62% от уровня 1991 г. (9). По данным Международного валютного фонда, с 1995 по 1997 г. она упала на треть, достигнув минимума в январе 1998 г. (100 сомов в месяц) (13). Зарегистрированный уровень безработицы составляет 3—4%, однако в действительности, он, вероятно, достигает 20% (13). С прекращением ценовых субсидий значительно возросли расходы на домашнее хозяйство. Проведенное в 1993 г. исследование показало, что за период политических и экономических преобразований население в значительной степени обнищало (2). Доля живущих за чертой бедности (по данным ежегодных исследований) выросла до угрожающих масштабов: с 45% в 1993 г. до 71% в 1997 г. (26, 28). Обнищание не только ухудшает состояние здоровья населения, но и ограничивает доступ к медицинскому обслуживанию. Вместе с тем следует заметить, что в стране, где велик сектор теневой экономики и где люди имеют возможность использовать земельные участки, точно оценить доходы населения трудно.

Показатели гуманитарного развития Кыргызстана в целом снизились, хотя остаются довольно высокими, главным образом благодаря высокому

Таблица 4. Изменения в сфере государственных финансов и % ВВП)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
ВВП (млн сомов)	5355	12 019	16 145	23 399	30 686	34 181
Государственные доходы (млн сомов)	848	1891	2746	3933	5090	6132
Государственные расходы (млн сомов)	1226	2813	4611	5202	6696	7166
Дефицит государственного бюджета (млн сомов)	378	922	1865	1269	1605	1033
Государственные доходы (% ВВП)	15,8	15,7	17,0	16,8	16,6	17,9
Государственные расходы (% ВВП)	22,9	23,4	28,6	22,2	21,8	21,0
Дефицит бюджета (% ВВП)	7,1	7,7	11,5	5,4	5,2	3,0

Источник: Государственный комитет по статистике.

Примечание. Данные, относящиеся к периоду до 1996 г., несколько занижены, так как не учитывают официальных платных услуг.

уровню грамотности. По индексу гуманитарного развития (0,652 в 1997 г.) Кыргызстан относится к группе стран с промежуточным уровнем развития, однако в среднем в странах с переходной экономикой этот показатель выше (26). Основные показатели, по которым рассчитывают индекс, — средняя продолжительность жизни, уровень грамотности, уровень образования взрослого населения и ВВП на душу населения. Ухудшение социальных условий вынудило Кыргызстан принять в мае 1998 г. Концепцию гуманитарного развития, согласно которой в программах развития экономики и политики больше внимания будет уделяться условиям жизни людей.

История здравоохранения

Службы здравоохранения

До обретения независимости Министерство здравоохранения Кыргызстана проводило политику, разрабатывавшуюся в Москве, с помощью централизованной многоуровневой структуры: от республиканского (центрального) уровня к областному и городскому, а от него — к районному (17). Ныне страна разрабатывает собственную политику здравоохранения с учетом изменения социально-экономических условий и ухудшения здоровья населения.

Разветвленная советская система здравоохранения находилась в собственности государства, а планирование было централизованным. Централизованное управление не оставляло руководителям свободы выбора. Здра-

вохранение основывалось на принципах общедоступного и бесплатного медицинского обслуживания. Существовала целая сеть медицинских учреждений — от фельдшерско-акушерских пунктов (главным образом в сельской местности), поликлиник и районных больниц до областных и республиканских больниц и научно-исследовательских институтов. Ресурсы распределяли в соответствии с плановыми нормативами, которые разрабатывал Всесоюзный научно-исследовательский институт социальной гигиены и здравоохранения им. Семашко. Именно в этих нормативах было заложено большое число коек и врачей на 10 000 населения. Однако уже в 1980-е гг. доступность медицинских услуг снизилась из-за нехватки ресурсов и ухудшающегося здоровья населения.

К достоинствам советской системы здравоохранения относятся развитая сеть медицинских учреждений, общедоступность медицинского обслуживания и эффективная система санитарных служб и служб общественного здравоохранения, предназначенных для борьбы с инфекционными заболеваниями. Впрочем, к началу 1980-х гг. система здравоохранения перестала отвечать нуждам населения. Некоторые изменения были намечены (но полностью не реализованы) еще до распада СССР, в период перестройки в 1985—1991 гг. Планировалось сохранить общедоступное бесплатное государственное здравоохранение, повысить эффективность медицинского обслуживания за счет совершенствования управления.

В 1991 г., после обретения независимости, реформа системы здравоохранения вошла в список необходимых преобразований, но была не столь насущной, как экономическая реформа. Министерство здравоохранения выступило с программой преобразований, соответствующих крупным экономическим и политическим переменам. В этот переходный период Кыргызстану помогали многие международные организации, и реформа здравоохранения продолжалась с привлечением внешних финансовых ресурсов. Резкое сокращение государственных расходов, в том числе на здравоохранение, и последовавший за этим кризис системы здравоохранения были в центре внимания в начале 1990-х гг. (10, 15). Трудности, с которыми столкнулись в этот период реформы здравоохранения, доказали, что необходимо разработать последовательную политику преобразований.

В 1994 г. Министерство здравоохранения Кыргызстана и Европейское региональное бюро ВОЗ разработали совместную программу реформирования здравоохранения, получившую название «МАНАС» (по имени царя-воителя из древнего кыргызского эпоса) и направленную на разработку и реализацию долгосрочного плана реформ (18). Цели программы: улучшить состояние здоровья населения, повысить качество и доступность медицинского обслуживания, более рационально использовать ресурсы здравоохранения (14). В 1996 г. правительство утвердило эту программу. Еще одним важным участником реформ стал Всемирный банк, запустивший в ноябре 1996 г. Проект реформы сектора здравоохранения (в Бишкекской и Чуйской областях). Настоящий обзор во многом основан на серии докладов о выполнении программы «МАНАС» (3, 4, 11, 23).

Достижения и законодательная база реформ приведены в *Приложении 1*.

Структура и управление

Структура здравоохранения

В данном разделе изложены основные функции ключевых структур системы здравоохранения. На рис. 2 представлена ее административная схема.

Министерство здравоохранения разрабатывает политику здравоохранения, осуществляет общий надзор и управляет республиканскими медицинскими учреждениями, но имеет мало возможностей влиять на систему здравоохранения в целом, поскольку не владеет и напрямую не управляет местными (областными, городскими и районными) медицинскими учреждениями, которые финансируются местными органами власти. Министерство здравоохранения следит за деятельностью всех учреждений, имеющих отношение к здравоохранению, в том числе учебных и научно-исследовательских, и утверждает план их работы и соответствующие программные документы. В начале 1990-х гг. структура министерства была преобразована с тем, чтобы оно могло выполнять новые обязанности. Исполнительный орган при министерстве — Коллегия — состоит из министра, заместителя министра, руководителей основных департаментов и президента компании «Фармация».

Министерство финансов непосредственно отвечает за финансирование здравоохранения, а также за составление государственного бюджета и распределение ресурсов на общегосударственном уровне.

Региональные органы власти (областные и городские) руководят большинством учреждений первичного и специализированного медицинского обслуживания, включая поликлиники, областные и районные больницы. В областных органах власти здравоохранением занимаются департамент финансов и департамент здравоохранения. Главу областного (или городского) департамента здравоохранения назначает аким (самого акима — президент), а утверждает министр здравоохранения. Областные органы власти назначают главного врача центральной районной больницы (расположенной в административном центре района), который руководит учреждениями первичного и специализированного медицинского обслуживания своего района. В январе 2000 г. областные департаменты здравоохранения были за-

менены комитетами здравоохранения, однако новая административная структура пока только развивается.

До сих пор существует *параллельная система ведомственных медицинских учреждений*, так как некоторые министерства (Министерство внутренних дел, Министерство обороны, Министерство путей сообщения, Министерство труда и социального обеспечения, Министерство национальной безопасности) организуют медицинское обслуживание для своих сотрудников. По данным Центрального казначейства Кыргызской республики, в 1998 г. расходы на ведомственные медицинские учреждения составили примерно 6% от общих государственных расходов на здравоохранение.

Фонд обязательного медицинского страхования, учрежденный в январе 1997 г., вначале управлялся подотчетным парламенту советом (согласно постановлению правительства № 429 от 16 сентября 1996 г.) и исполнительным комитетом. В декабре 1998 г. совет был упразднен и заменен комитетом, которому были даны широкие полномочия по реформированию сектора здравоохранения. Фонд был передан в ведение Министерства здравоохранения, но остался полугосударственной организацией.

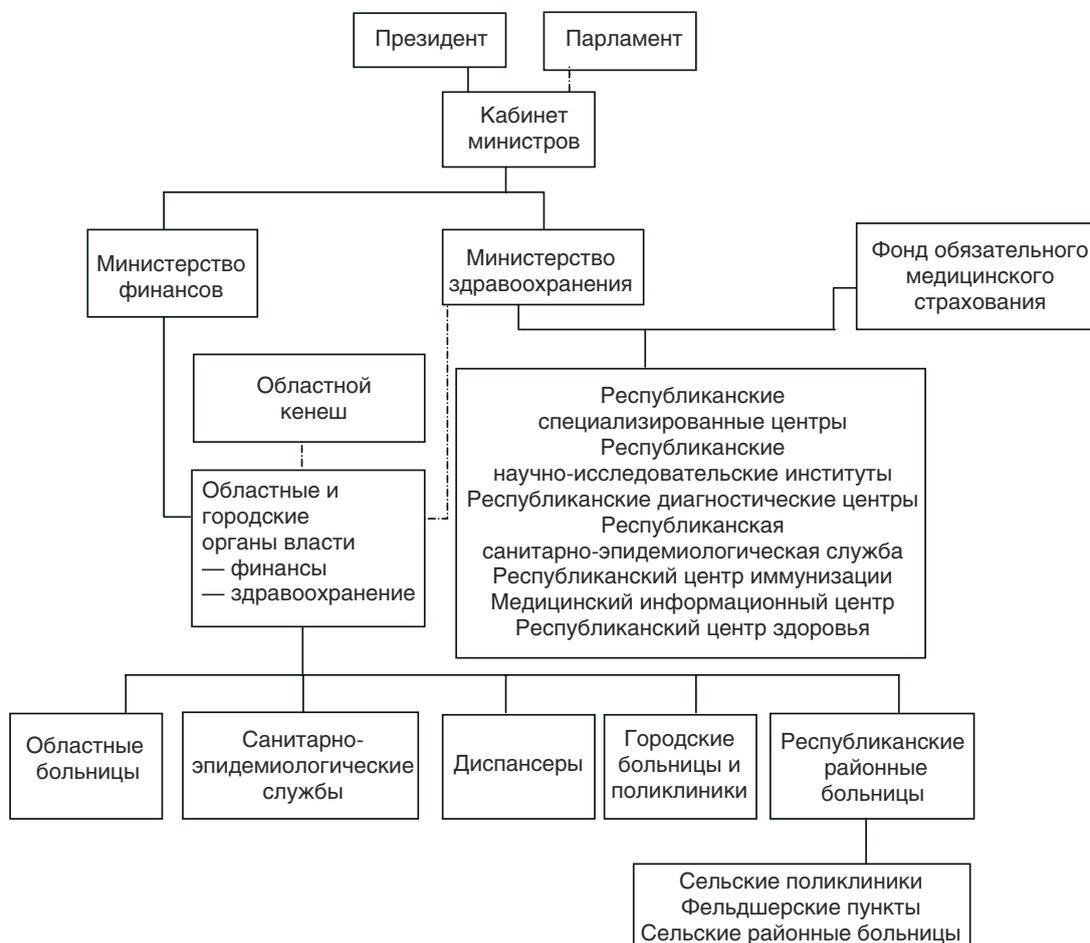
Фонд социального обеспечения, тоже полугосударственная организация, был создан в 1994 г. путем слияния Пенсионного фонда, Фонда занятости и Фонда социального страхования. Фонд социального обеспечения собирает все страховые взносы, включая взносы на медицинское страхование. Последние затем переводятся в Фонд обязательного медицинского страхования. Выплаты работодателей в Фонд социального обеспечения достигли в 1997 г. 39% налога на заработную плату.

Возникают и *профессиональные объединения*. Основанная в 1992 г. Ассоциация врачей и фармацевтов пока не оказывает существенного влияния на политику здравоохранения. Существуют также Ассоциация медицинских сестер и ряд других профессиональных объединений. В 1997 г. были учреждены два новых объединения — Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц, которые работают в тесном контакте с Министерством здравоохранения. Роль профессиональных объединений в лицензировании, аккредитации и нормировании пока невелика.

Профессиональные союзы входят в Федерацию профессиональных союзов Кыргызстана. По ряду причин, включая безработицу, число их членов сократилось. Профессиональный союз медицинских работников — один из крупнейших; в 1995 г. он насчитывал около 100 000 членов (Lines, 1995). Профессиональные союзы нового типа, которые представляли бы интересы медицинских работников и вели переговоры от их имени, в Средней Азии еще только предстоит создать (по данным Международной организации труда, 1999).

Создаются и *негосударственные организации*, сфера деятельности которых включает охрану здоровья матери и ребенка, планирование семьи и половое воспитание, в частности, все большее влияние приобретают ассоциации женщин (26). На политику здравоохранения негосударственные организации пока практически не влияют.

Рисунок 2. Структура системы здравоохранения



Планирование, нормирование и управление

Советская централизованная система управления ушла в прошлое, а новые способы планирования, нормирования и управления в сфере здравоохранения находятся в процессе становления. Решающее значение при утверждении планов имеет поддержка со стороны президента и министра здравоохранения. Разработка планов находится в ведении Министерства здравоохранения, а их выполнение зависит от областных органов власти. Трудности возникают не на этапе планирования, а на этапе реализации намеченного и разработки нормативов. Помимо Фонда обязательного медицинского страхования нет ни одной полугосударственной организации, которая бы занималась нормированием в секторе здравоохранения.

Парламент (Жогорку Кенеш) принимает законы в области здравоохранения, утверждает бюджет и программы по охране и улучшению здоровья населения.

Назначаемый президентом *кабинет министров* обеспечивает выполнение законов и участвует в согласовании правительственных и общегосударственных программ.

Министерство здравоохранения разрабатывает политику здравоохранения, которую затем утверждают кабинет министров и *Жогорку Кенеш*. Министерство отвечает за реализацию принятых решений (на общегосударственном уровне). Департамент координации и внедрения реформ (следуя программе «МАНАС») согласовывает усилия международных организаций.

Координационная комиссия, учрежденная правительством в 1997 г. в качестве консультативного органа, включает представителей Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования, Министерства финансов, Фонда социального обеспечения, других правительственных организаций, работодателей, представителей ассоциаций поставщиков и потребителей медицинских услуг.

Министерство финансов занимается финансовым планированием на общегосударственном уровне, утверждает областные бюджеты и дает рекомендации по их распределению между отдельными секторами. Благодаря ключевой роли в составлении общегосударственного и областных бюджетов Министерство финансов оказывает значительное влияние на политику здравоохранения.

Участие *Государственной комиссии по иностранным инвестициям и экономической помощи (Госкоминвест)* в разработке политики здравоохранения ограничивается тем, что комиссия разрабатывает и координирует план государственного инвестирования, в том числе в сектор здравоохранения, и согласовывает деятельность международных финансирующих организаций.

Фонд государственной собственности разрабатывает и осуществляет программу приватизации, в том числе в секторе здравоохранения.

Местные органы власти собирают налоги, часть которых остается в местных бюджетах, а остальные поступают в Министерство финансов. Руководители здравоохранения на областном, городском и районном уровнях разрабатывают местные планы здравоохранения (соответствующие политике Министерства здравоохранения) и распределяют бюджет с учетом общегосударственных рекомендаций.

Децентрализация здравоохранения

Здравоохранение Кыргызстана остается монополизированным: главное действующее лицо, поставляющее и покупающее медицинские услуги, — государство. Тем не менее в выработку политики здравоохранения вовлечено уже значительное число организаций, а медицинское обслуживание постепенно переходит на полурыночные (например, договорные) отношения.

Министерство здравоохранения составляет планы, а полномочия по их

реализации в значительной степени возложены на другие учреждения. Министерство разрабатывает рекомендации и стандарты качества, но практически не имеет возможности контролировать их соблюдение на областном уровне.

Роль областных властей в организации медицинского обслуживания на региональном и местном уровнях, напротив, усилилась. Закон 1994 г. «О местном самоуправлении и государственном администрировании» определил полномочия областей в разработке и выполнении планов, планировании бюджетов и распределении средств. В планировании до сих пор применяются прежние нормативы, постепенно приспосабливая их к новым условиям, поскольку средств для поддержания обширной структуры советского здравоохранения не хватает. Расширился объем услуг, которые местные власти должны финансировать из собственных доходов.

Система здравоохранения все еще очень раздроблена. Она управляется на четырех уровнях — районном, муниципальном, региональном (областном) и центральном, сферы деятельности которых отчасти перекрываются, так что финансирование здравоохранения и организация медицинского обслуживания для определенных групп населения зачастую дублируются. Так, в областных центрах имеются детские больницы и областного, и городского уровней. Более того, многие общегосударственные программы, например программа иммунизации, реализуются через отдельные вертикальные административные структуры.

В городах понемногу развивается частный сектор, ограниченный пока амбулаторными медицинскими учреждениями, аптеками и несколькими маленькими больницами.

Источники финансирования и затраты

Основная система финансирования

Система здравоохранения финансируется из нескольких источников. Основной официальный источник — государственное налогообложение. К другим источникам с января 1997 г. относятся обязательные отчисления из заработной платы в Фонд медицинского страхования (которые в 1998 г. составили около 4,3% государственных расходов), платные медицинские услуги (весьма существенная, но точно не установленная доля затрат на здравоохранение), а также ссуды и субсидии, получаемые от иностранных инвесторов. Здравоохранению постоянно не хватает средств. В то же время нынешняя система больниц избыточна.

Дополнительные источники финансирования

Обязательное медицинское страхование

Доля Фонда обязательного медицинского страхования в государственном бюджете здравоохранения пока невелика. Фонд был учрежден постановлением № 281 Законодательного собрания от 16 января 1996 г., а закон о медицинском страховании был принят еще в 1992 г. С 1 января 1997 г. Фонд начал принимать страховые взносы, а с июля 1997 г. — финансировать медицинское обслуживание. За работников страховые взносы платят работодатели (2% заработной платы), за пенсионеров и безработных (теоретически) — Фонд социального обеспечения (1,5% средней заработной платы), взносы фермеров должны поступать из земельного налога (2% земельного налога в 1990 г.). Размеры отчислений на социальное страхование (включая взносы на медицинское страхование) ежегодно определяет правительство. В 1998 г. доля Фонда обязательного медицинского страхования в государственных расходах (включая официальные платные услуги) составляла 4,3%.

Обязательное медицинское страхование постепенно расширилось, и к январю 1999 г. им было охвачено 32% населения. Подразумевается, что в

число застрахованных входят работающие граждане, пенсионеры, зарегистрированные безработные и дети. Планируется охватить медицинским страхованием получающих пенсию по инвалидности и студентов дневных отделений. По сравнению с теми, у кого нет полиса обязательного медицинского страхования, застрахованные имеют лишь одну дополнительную льготу — бесплатное предоставление лекарственных средств в стационаре.

Обязательное медицинское страхование столкнулось с рядом трудностей. Во-первых, вследствие экономического кризиса и высокого уровня безработицы собранных взносов оказалось намного меньше, чем ожидалось. В 1997 г. Фонд социального обеспечения (который сам испытывал нехватку средств) перевел в Фонд обязательного медицинского страхования меньше средств, чем было запланировано, в 1998 г. — примерно 25% необходимой суммы за пенсионеров и 15% за безработных. В 1998 г. крупная задолженность государства по заработной плате настолько затруднила сбор взносов в Фонд социального обеспечения, что правительству пришлось выделить субсидии. Во-вторых, единица стоимости, в соответствии с которой должны рассчитываться тарифы на медицинские услуги, как и договорный набор медицинских услуг, не были четко определены.

Платные медицинские услуги

Доля платных медицинских услуг в финансировании здравоохранения весьма значительна, хотя точно оценить ее трудно. Платные услуги можно разделить на 4 группы. Во-первых, государственные медицинские учреждения взимают плату за некоторые медицинские и немедицинские (аренда помещений, предоставление транспорта, последипломное обучение) услуги. Во-вторых, больные полуофициально оплачивают расходные материалы (лекарственные средства и другие медицинские товары). Третью группу составляют взятки медицинским работникам, четвертую — платные услуги частных медицинских учреждений (главным образом лекарственные средства).

Официальные платные услуги были разрешены в 1991 г. В 1993 г. Министерство здравоохранения основало Департамент внебюджетной деятельности, в обязанности которого вошла разработка политики в области платных услуг и регламентирование цен на них. Примерно 20% доходов от платных услуг медицинские учреждения должны были возвращать в государственный бюджет, однако в 1996 г. эту долю снизили до 2,3%. Поскольку государственные доходы сократились, в настоящее время предполагаемый объем платных услуг учитывается при распределении средств по медицинским учреждениям (16). Медицинские учреждения определяют стоимость каждой услуги, которая попадает под действие нормативов Государственного антимонопольного комитета. Прейскурант республиканских медицинских учреждений должен утверждаться Департаментом внебюджетной деятельности, а преЙскурант областных медицинских учреждений — областным департаментом финансов. Смету затрат областных медицинских учреждений утверждает Министерство финансов и областной финансовый департамент. Система финансового учета должна соответствовать 18 бюджетным статьям

расходов, а средства, выделенные на определенную статью, не могут использоваться в других целях без соответствующих распоряжений. В конце отчетного года все неистраченные средства переводятся в государственный бюджет здравоохранения.

К полностью или частично платным относятся дополнительные методы лечения (мануальная терапия, гомеопатия, иглоукалывание, массаж, физиотерапия), аборт и стоматологические услуги (за исключением некоторых льготных категорий) и некоторые виды длительного лечения (например, диализ). Во время пребывания в стационаре больные оплачивают лекарственные средства и некоторые другие медицинские товары (полностью), а также ряд медицинских услуг, в том числе лабораторных исследований (частично). В настоящее время плата взимается за следующие виды услуг:

- лекарственные средства (теперь все чаще их оплачивают и в больнице; амбулаторные больные всегда сами платили за лекарственные средства, за исключением неотложных состояний и льготных категорий граждан);
- улучшенные условия проживания в стационаре (отдельная палата, телевизор);
- некоторые больничные услуги (17 категорий, в том числе физиотерапия и иглоукалывание);
- лабораторные исследования в больницах и амбулаторных учреждениях (чтобы покрыть расходы на реактивы);
- госпитализация (размеры оплаты и перечень услуг колеблются);
- ультразвуковое исследование, рентгенография, цитологические исследования в больницах и амбулаторных учреждениях;
- первичное обращение к врачу в учреждение первичного медицинского обслуживания или поликлинику.

Доходы от платных медицинских услуг, включая лабораторные исследования, питание и обучение, возрастают. Центральное казначейство именуется этот источник доходов как «специальные средства». Бюджетных средств не хватает, зато доходы от платных услуг медицинские учреждения могут тратить относительно свободно и поэтому вынуждены повышать цены на эти услуги. В 1996 г. расходы на платные услуги составляли 24,2 млн сомов (3,3% государственных расходов на здравоохранение), а в 1998 г. уже 83,5 млн сомов (8,4% государственных расходов на здравоохранение, табл. 6). Пенсионеры освобождаются от оплаты услуг. В настоящее время Министерство труда и социальной защиты уточняет, какие категории населения имеют право на социальные льготы.

Значительную долю в расходах на здравоохранение составляют неофициальные платные услуги. К ним относятся полуофициальная оплата медицинских услуг (например, питание и постельное белье в больнице, приобретение лекарственных средств). Распространены взятки врачам, особенно специалистам. Во всех странах Восточной Европы врачам часто дают взятки, чтобы получить доступ к медицинскому обслуживанию. Ни число больных, прибегающих к взяткам, ни размеры самих взяток (которые берут как в денежной, так и в натуральной форме) точно не известны.

По данным из разных источников, масштабы неофициальных выплат

возрастают. К этим источникам относятся финансировавшееся Всемирным банком исследование уровня жизни в Кыргызстане (1993 г.), финансировавшееся Департаментом международного развития (Великобритания) исследование домохозяйств (1994 г.), исследование, проведенное в Джалал-Абадской и Ошской областях по заказу Азиатского банка развития (1997 г.). По данным за 1994 г., примерно 70% населения платят за те или иные виды амбулаторных услуг, а 86% — за те или иные виды стационарного лечения (1). Исследование, проведенное в 1997 г., показало, что около половины людей, признающих, что нуждаются в лечении, не могут себе этого позволить (26). Анализ данных из приведенных здесь источников позволяет предположить, что на официальные платные услуги (в основном на лекарственные средства) приходится до 30% затрат на здравоохранение (16). С учетом неофициальных платежей этот показатель может превысить половину расходов на здравоохранение. По данным исследования уровня жизни в Таджикистане (соседняя республика Средней Азии), расходы на платные услуги (официальные и неофициальные) достигают двух третей всех затрат на здравоохранение (8). В настоящее время анализируются результаты проведенных в 1996 и 1997 г. исследований уровня жизни в Кыргызстане.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование узаконено в 1993 г. В 1998 г. правительством было зарегистрировано двенадцать частных страховщиков, но по-настоящему действует лишь несколько небольших программ добровольного страхования. Выйти за рамки государственного финансирования, чтобы самостоятельно заняться страхованием, не разрешается. Пока не изменится государственная политика в области медицинского страхования и не улучшится экономическое положение, добровольное страхование вряд ли будет расширяться.

Частные программы страхования не покрывают полностью все медицинское обслуживание. В рамках таких программ предоставляются в основном услуги специалистов в строго определенных медицинских учреждениях, с которыми заключены договоры, а также предлагаются другие виды страхования, помимо медицинского. Существуют программы частного страхования работников по договору с работодателями, но пока большинство договоров добровольного страхования индивидуальные. Страховые взносы в разных компаниях разные. Лиц, находящихся на иждивении, необходимо страховать отдельно.

Иностранные инвестиции

Из внешних источников здравоохранение финансируется с 1992 г. Это могут быть ссуды, субсидии, денежные пожертвования (целевые или общего назначения). Помощь может предоставляться и в неденежном виде. В основном ее оказывают международные организации; незначительные суммы поступают от небольших предприятий и организаций, а также от частных лиц.

Министерство здравоохранения не имеет возможности централизованно регистрировать внешнее финансирование. Часть средств поступает прямо в областные департаменты здравоохранения или непосредственно в медицинские учреждения, в обход центральных органов управления здравоохранением. Согласованием усилий международных организаций должен заниматься Департамент координации и внедрения реформ (в составе Министерства здравоохранения), но ежегодного анализа всех субсидий, выделяемых на те или иные программы, он не проводит. Самую крупную ссуду для проведения реформ выделил Всемирный банк (18,5 млн долларов США).

Вначале иностранные инвестиции предназначались главным образом для закупки лекарственных средств, медицинского оборудования и детского питания. Начиная с 1995 г. эти средства идут в основном на обеспечение медицинским оборудованием, реорганизацию фармацевтической промышленности и проведение реформ здравоохранения. К 1999 г. в секторе здравоохранения работали многие международные организации: Программа развития ООН, ВОЗ, Всемирный банк, Азиатский банк развития, ЮНИСЕФ, Управление международного развития (США), Департамент международного развития (Великобритания), Нидерландский Красный Крест, Управление международного сотрудничества и развития (Швейцария), Агентство по техническому сотрудничеству (Германия), Агентство по международному сотрудничеству (Турция), Агентство по государственному развитию (Дания), Институт «Открытое общество», Международная федерация планирования семьи, организация «Врачи без границ».

Набор медицинских услуг

При советской власти медицинское обслуживание было всеобъемлющим, бесплатным и общедоступным (исключение составляли назначаемые амбулаторно лекарственные средства, косметические операции и другие косметические процедуры). Нехватка государственных средств вынудила в 1992 г. официально ввести платные услуги (см. выше), и медицинское обслуживание стало платным.

Набор медицинских услуг, оплачиваемых государством, четко не определен, хотя здравоохранение отчасти финансируется из налоговых поступлений. Застрахованные имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами в больнице. На деле, однако, больные в той или иной мере оплачивают большинство доступных ныне медицинских услуг, поскольку широко распространены неофициальные платежи.

Затраты на здравоохранение

Точных, исчерпывающих сведений о расходах на здравоохранение пока нет, поскольку трудно оценить, сколько тратят на медицинское обслуживание частные лица. Тем не менее Центральное казначейство собрало обширную

Таблица 5. Динамика государственных расходов на здравоохранение в 1990—1998 гг.

Расходы на здравоохранение	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
В % ВВП ^а	3,7	3,0	2,8	2,6	3,5	3,9	3,1	2,9	2,9
В текущих ценах (млн сомов) ^{б,в}	1,6	2,8	21,3	137,4	418,3	639,7	744,6	904,1	1043,1
В постоянных ценах, 1990 г. (млн сомов) ^б	1,8	1,4	1,0	0,7	0,8	—	—	—	—
В % от всех государственных расходов ^б	—	13,1	8,8	11,5	14,2	12,9	4,0	13,7	11,6

Источник:

^а Министерство здравоохранения Кыргызстана, Бишкек (20);

^б Всемирный банк, 1996: 9 (30);

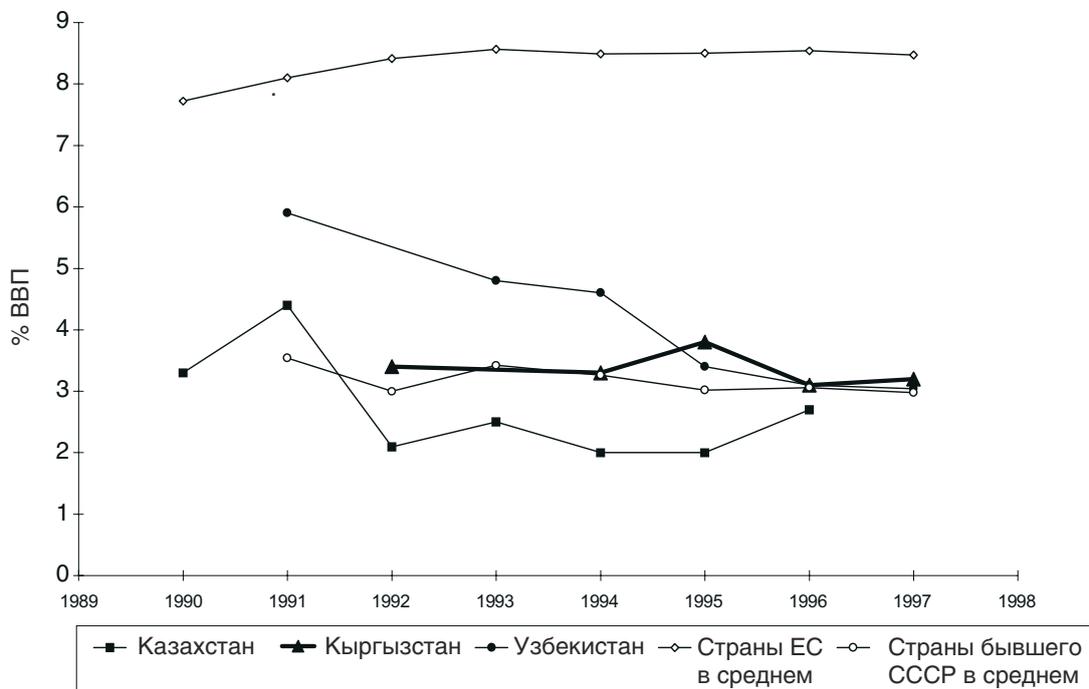
^в Kutzin, 1999 (16).

информацию о государственных расходах (начиная с 1995 г.) и затратах на официальные платные услуги (начиная с 1996 г.). Фонд обязательного медицинского страхования располагает данными о своих расходах с момента основания (то есть с 1997 г.). В табл. 5 представлена динамика государственных расходов на здравоохранение с 1990 по 1998 г. Табл. 6 содержит более достоверные сведения на этот счет, поскольку с 1995 г. Центральное казначейство усовершенствовало систему отчетности (16). К тому же государственный бюджет здравоохранения теперь представлен по секторам и организациям, что позволяет лучше оценить общую картину государственных затрат на здравоохранение.

Государственные расходы на здравоохранение в течение 1990-х гг. колебались в пределах 3—4% ВВП (табл. 5 и 6), как и в других странах бывшего СССР, включая соседей по Средней Азии. В странах Европейского союза этот показатель гораздо выше — 8,5% (рис. 3 и 4). Вместе с тем при сравнении этих показателей нужно учитывать, что расходы на здравоохранение в Кыргызстане и других странах бывшего СССР не включают неофициальные выплаты больных.

В 1994 г. государственные расходы на здравоохранение составляли 3,5% ВВП, а в 1998 г. они сократились до 2,9% ВВП (табл. 5), а по данным из других источников — до 3,1% ВВП (табл. 6). Всемирный банк, финансирующий проект реформы сектора здравоохранения, поставил условие: поддерживать государственный бюджет здравоохранения на уровне 1994 г. с поправкой на инфляцию за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования и платных медицинских услуг. Несмотря на то что с 1995 г. в Кыргызстане начался экономический подъем (ВВП ежегодно растет), бюджет здравоохранения (в реальных ценах 1995 г.) упал с 639,7 млн сомов в 1995 г. до 632,1 млн сомов в 1998 г. (табл. 6). Доля государственного финансирования здравоохранения также немного снизилась, с 12,3 до 11,9%, а расходы на душу населения уменьшились с 13,1 до 12,4 доллара США.

Рисунок 3. Объем финансирования здравоохранения (в % ВВП) в Кыргызстане и некоторых европейских странах в 1990—1997 гг.



ЕС — Европейский союз.

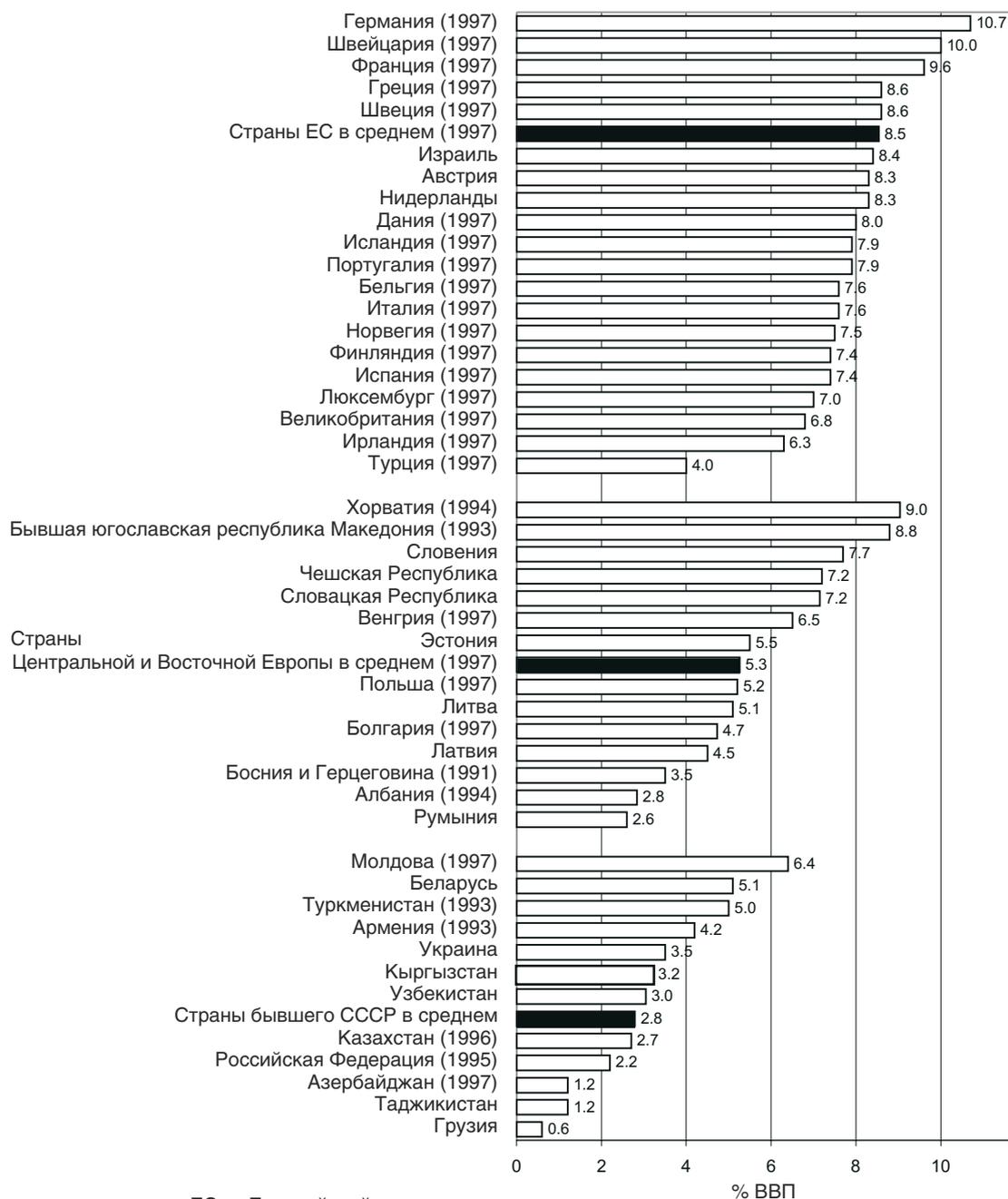
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ.

С 1995 г. данные Центрального казначейства включают расходы на ведомственные медицинские учреждения (например, Министерства внутренних дел). Многие ведомственные поликлиники, существовавшие при крупных предприятиях, закрылись.

Структура государственных затрат на здравоохранение

Медицинскими учреждениями управляют в основном местные органы власти. Доля последних в государственном бюджете здравоохранения снизилась с 76% в 1995 г. до 68% в 1998 г. Это позволяет предположить, что государственные медицинские учреждения стали более свободно распоряжаться своими доходами. На здравоохранение приходится 28% расходов местных властей (табл. 6). Доходы разных областей сильно различаются, поэтому расходы на здравоохранение в расчете на душу населения тоже неодинаковы: от 111 сомов в Джалал-Абаде до 227 сомов в Бишкеке в 1998 г. (16).

Рисунок 4. Объем финансирования здравоохранения (% ВВП) в Европейском регионе ВОЗ в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые последние из имеющихся данных (год указан в скобках)



ЕС — Европейский союз.

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

Таблица 6. Государственные расходы на здравоохранение (млн сомов)

	1995	1996	1997	1998
Расходы местных органов власти	487,3	530,7	590,4	659,4
Расходы центральных органов власти	152,4	213,9	307,1	338,6
Общие государственные расходы	639,7	744,6	897,5	998,0
Доля официальных платных услуг в бюджете здравоохранения (%)	—	3,3	6,4	8,4
Общий бюджет здравоохранения в ценах 1995 г. (тыс. сомов)	639,7	617,6	614,9	604,8
Реальные расходы на душу населения в ценах 1995 г.	142	135	132	129
Доля здравоохранения в общем государственном бюджете (%)	12,3	13,2	11,7	11,9
Доля здравоохранения в бюджете местных органов власти (%)	25,4	28,4	27,6	27,6
Доля здравоохранения в бюджете центральных органов власти (%)	4,7	5,7	5,4	5,6
Расходы Фонда обязательного медицинского страхования	0	0	6 650	45 100
Общие государственные расходы, более достоверные данные	639,7	744,6	904,1	1 043,1
Доля официальных платных услуг в бюджете здравоохранения, более достоверные данные (%)	—	3,3	6,3	8,0
Доля Фонда обязательного медицинского страхования, более достоверные данные (%)	—	—	0,7	4,3
Реальные расходы в ценах 1995 г., более достоверные данные (тыс. сомов)	639,7	617,6	619,4	632,1
Реальные расходы на душу населения в ценах 1995 г., более достоверные данные	142	135	133	135
Реальные расходы на душу населения, более достоверные данные (доллары США)	13,1	12,5	12,3	12,4
Расходы на здравоохранение в % ВВП, более достоверные данные	4,0	3,2	2,9	3,1

Источники: данные о расходах из государственного бюджета и официальных платных медицинских услугах предоставлены Центральным казначейством Кыргызской республики, данные об индексе цен, о валютном курсе и показателях ВВП — Государственным комитетом по статистике, данные о расходах Фонда обязательного медицинского страхования — самим Фондом.

Примечание. Данные о расходах на платные медицинские услуги за 1995 г. отсутствуют. В данных за 1997 г. не учтено финансирование проекта Всемирного банка из-за отсутствия аналогичных данных за 1998 г. С учетом этого источника финансирования общие государственные расходы на здравоохранение в 1997 г. возросли бы до 12,7%, расходы в % от ВВП — до 3,3%, а реальные расходы на душу населения — до 147 сомов.

Большинство республиканских медицинских учреждений сосредоточено в столице, поэтому с учетом расходов центральных органов власти разница становится еще более заметной: 593 сома на душу населения в Бишкеке и лишь 118 сомов в Оше.

Большая часть государственного бюджета здравоохранения (70–72%) приходится на больницы (табл. 7 и 8). В здравоохранении всех республик Средней Азии ведущая роль отведена стационарному лечению (см. ниже). Доля больниц в бюджете здравоохранения с середины 1990-х гг. существенно не уменьшилась.

На амбулаторное лечение (включая первичное медицинское обслуживание) приходится примерно 10% бюджета здравоохранения. Очевидно, что средств на первичное медицинское обслуживание катастрофически не хватает, причем за 1995–1998 гг. положение не улучшилось.

Бюджет здравоохранения сократился, а цены на лекарственные средства возросли, поэтому их доля в государственном бюджете здравоохранения увеличилась с 11% в 1990 г. до 12–13% в 1998 г. (табл. 7 и 9). Это немного по сравнению со странами Центральной Европы, так как в Кыргызстане больные в основном сами покупают лекарственные средства. Благодаря расходам частных лиц затраты на лекарственные средства составляют более трети всех расходов на здравоохранение (см. раздел *Лекарственные средства*). По данным Центрального казначейства, в 1998 г. на лекарственные средства приходилась значительная часть (20%) бюджета здравоохранения центральных органов власти, в ведении которых находятся высокоспециализированные больницы и научно-исследовательские институты (в областных и городских бюджетах эта доля равнялась 8%).

Доля капитальных вложений в государственном бюджете здравоохранения резко сократилась в 1990-е гг. (табл. 7), в частности с 1995 по 1998 г. (табл. 8 и 9). За последние несколько десятилетий медицинские учреждения сильно обветшали, поскольку даже на капитальный ремонт в 1990-е гг. выделяли очень мало средств. Бюджет здравоохранения не позволяет поддерживать избыточную сеть медицинских учреждений, не соответствующую реальным нуждам населения. Массивные сооружения советских времен

Таблица 7. Структура затрат на здравоохранение (% общих затрат) в 1990–1997 гг.

Категория затрат	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Стационарное лечение	76,3	77,8	72,5	73,5	73,8	74,6	72,0	72,0
Лекарственные средства	10,9	8,0	9,4	8,0	8,0	6,8	9,7	13,0
Капитальные вложения	9,1	5,5	10,4	5,8	4,3	1,7	10,1	3,2

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

Таблица 8. Распределение государственного финансирования по медицинским учреждениям и другим службам (%)

	1995	1996	1997	1998
Больницы общего профиля (детские и взрослые)	53,3	51,5	47,3	46,8
Специализированные больницы	14,5	15,6	18,3	19,3
Родильные дома	3,8	3,1	3,0	3,2
Реабилитационные больницы	0,0	0,0	0,1	0,0
Прочие больницы	0,2	0,3	0,2	0,2
Всего по больницам	71,7	70,4	68,9	69,5
Поликлиники общего профиля и амбулаторные отделения больниц	7,9	7,9	7,4	7,1
Специализированные поликлиники и врачи-специалисты	0,2	0,5	0,5	0,6
Стоматологические поликлиники	1,2	1,6	1,5	1,7
Станции скорой помощи	1,0	1,0	1,0	0,9
Всего по амбулаторным учреждениям	10,3	11,1	10,4	10,2
Санитарно-эпидемиологические службы	7,1	7,3	7,5	6,8
Научные исследования	0,7	0,6	0,6	0,6
Управление и бухгалтерский учет	0,7	0,7	0,8	0,8
Централизованное техническое обслуживание	0,9	1,2	0,0	0,1
Капитальные вложения*	4,4	5,0	3,3	1,6
Медицинское образование	1,9	1,5	1,7	3,3
Службы, не включенные в другие категории**	2,3	2,0	6,7	7,0
Прочие службы***	0,1	0,1	0,1	0,1
Общие государственные расходы на здравоохранение	100	100	100	100

Примечание. В приведенных данных учтены официальные платные медицинские услуги.

* Включает категории «Прочие предприятия и экономические объекты» (программа 5.6.0.6) и «Капитальные вложения» (программа 5.9).

** Включает (программа 5.6.0.5): Департамент координации и внедрения реформ (программа «МАНАС», с 1997 г.), Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (с 1997 г.), другие структуры Министерства здравоохранения, патологоанатомическое бюро, судебно-медицинскую экспертизу, базу медицинского снабжения, Республиканский центр иммунопрофилактики, Медицинский информационный центр.

*** Включает «Лекарственные средства, протезы, медицинские инструменты, оборудование и другие материалы, применяемые в медицинской практике» (программа 5.4), а также библиотеки, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения, и детские сады для детей работников здравоохранения.

Таблица 9. Распределение государственных расходов на здравоохранение по статьям (%)

	1995	1996	1997	1998
Общие периодические расходы	91,0	90,9	91,7	93,7
Персонал*	56,3	51,6	52,3	51,6
Лекарственные средства и медицинские материалы	8,4	9,8	12,7	12,0
Питание	8,3	9,0	8,3	10,0
Коммунальные услуги (отопление, электричество, газ, телефон)	12,4	15,5	13,7	15,4
Аренда и обслуживание транспортных средств	2,5	2,0	1,8	1,8
Прочие закупки и услуги	3,1	2,9	2,9	2,7
Общие капиталовложения	9,0	9,1	8,3	6,3
Оборудование и материалы	2,1	2,1	2,0	1,7
Здания и другие объекты, строительство	4,4	4,8	3,4	1,7
Обновление основных фондов	2,5	2,2	2,8	2,9
Общие бюджетные расходы	100	100	100	100
Платные услуги		3,3	6,4	8,4

Хотя платные медицинские услуги не вошли в распределение по статьям, тем не менее их доля рассчитана путем включения соответствующих затрат в знаменатель.

* Расходы на персонал включают заработную плату, взносы в социальные фонды и командировочные расходы.

достаточно прочные, однако их техническое состояние, в том числе состояние электрической и санитарно-технической арматуры (которая и без того была в основном низкого качества), сильно ухудшилось. Значительная часть оборудования не используется из-за отсутствия запасных частей и в конце концов приходит в полную негодность. В результате роста цен на топливо и сокращения бюджета старые, крайне малоэффективные системы отопления стали слишком дорогими. Расходы на коммунальные услуги составляют примерно 15% общего государственного бюджета (табл. 9), причем эта оценка, вероятно, занижена, поскольку счета за коммунальные услуги оплачиваются не всегда.

В медицинских учреждениях, которые содержатся на средства областных бюджетов, дела обстоят еще хуже: затраты на капитальный ремонт и медицинское оборудование обычно составляют около 3% (по данным Центрального казначейства). В областных и районных медицинских учреждениях большая часть оборудования устарела. Не хватает медицинских материалов (лекарственных средств, реактивов для лабораторных исследований, рент-

геновских пленок, дезинфицирующих средств). Медицинский персонал не заинтересован в более рациональном использовании оборудования и материалов (необходимо лишь сделать так, чтобы их запасы не были израсходованы до окончания отчетного года). По данным Центрального казначейства, в 1998 г. на медицинское оборудование было потрачено лишь 1,7% государственного бюджета (2,8% центрального бюджета и 1,2% областных бюджетов).

Медицинское обслуживание

В Кыргызстане, как и в других странах бывшего СССР, медицинское обслуживание предоставляется сетью медицинских учреждений. Так, в сельской местности первичным медицинским обслуживанием занимаются фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории, в городах — поликлиники. Обширная система больниц охватывает сельские больницы, центральные районные больницы, региональные и республиканские больницы, а также целый ряд специализированных больниц. Медицинские учреждения подразделяются, в соответствии с административной структурой, на республиканские, областные, городские и районные, причем в сельской местности медицинское обслуживание организовано иначе, чем в городах. Таким образом, медицинское обслуживание разбито по административным уровням, вертикальным структурам и специализированным службам. Созданная еще в советские времена обширная сеть медицинских учреждений не соответствует международному делению на уровни медицинского обслуживания (первичное, специализированное и высокоспециализированное).

Сравнивая здравоохранение стран Средней Азии и Западной Европы, нельзя не учитывать многочисленные различия между ними. Так, в странах Средней Азии куда более скромный государственный бюджет здравоохранения и более бедное население; в сельских районах, где проживает значительная часть населения, плохо развито транспортное сообщение; растут показатели заболеваемости как инфекционными, так и неинфекционными болезнями; первичное медицинское обслуживание практически не развито; в амбулаторных учреждениях работают низкоквалифицированные врачи, применяющие устаревшие технологии; в сельских больницах предоставляют не специализированное, а первичное медицинское обслуживание и медико-социальную помощь.

Медицинское обслуживание остро нуждается в реформах: здания и оборудование изношены; врачи не обладают ни достаточной квалификацией, ни необходимым оборудованием для того, чтобы лечить людей; растет объем платных услуг. Общая черта всей системы здравоохранения — стремление направлять больных на более высокий уровень медицинского обслуживания вместо того, чтобы лечить их. Несмотря на ухудшение здоровья, население все реже обращается за медицинской помощью. Число госпитализа-

Таблица 10. Количество медицинских учреждений

	1997
Фельдшерско-акушерские пункты	856
Сельские врачебные амбулатории	204
Сельские больницы	157
Центральные районные больницы	40
Поликлиники и амбулаторные отделения больниц	97
Областные и городские больницы	39
Диспансеры	44
Республиканские больницы	12
Санатории	10

Источник: Министерство здравоохранения Кыргызстана, Медицинский информационный центр Кыргызстана, 1998 г.

ций, как и число обращений за амбулаторной помощью, падает. Больные обращаются к специалистам и в больницы сами, в обход врачей общей практики. Из-за высокого уровня безработицы население все реже обращается в поликлиники ради получения больничных листов, которые требовались при советской власти. Анализ длительной (с 1980 г.) динамики числа госпитализаций и обращений за амбулаторной помощью показывает, что население стало реже обращаться в медицинские учреждения еще до обретения независимости (рис. 5). В 1998 г. по сравнению с другими странами Средней Азии частота госпитализаций в Кыргызстане была самая высокая, а число обращений за амбулаторной помощью — ниже среднего для этих стран уровня (база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ).

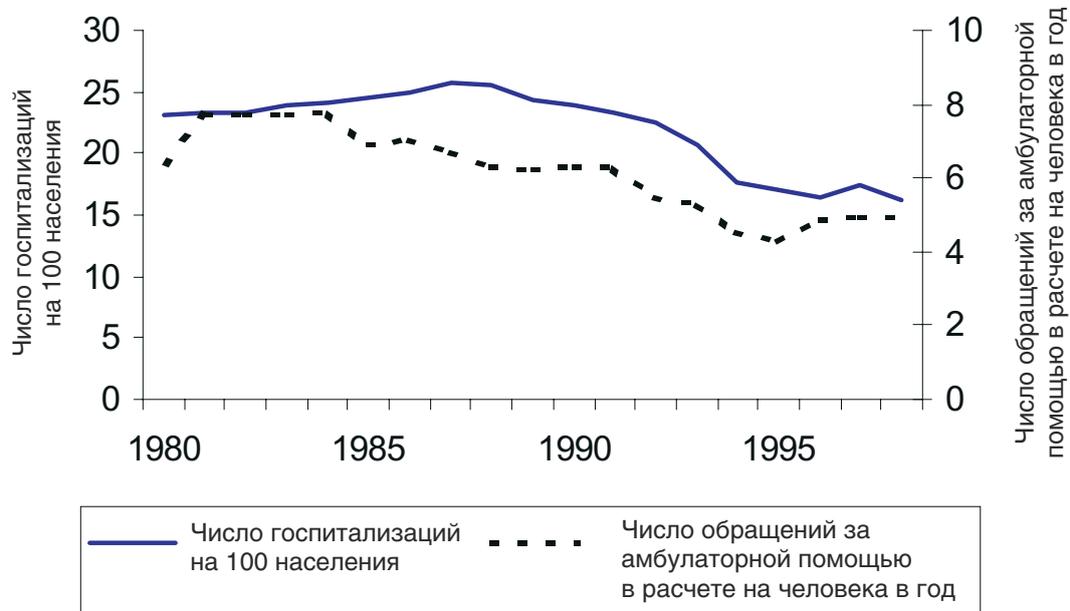
В табл. 10 представлена численность медицинских учреждений разных типов. Каждый из этих типов будет рассмотрен в следующих разделах.

Первичное медицинское обслуживание и общественное здравоохранение

Первичное медицинское обслуживание

Первичное медицинское обслуживание (первый уровень медицинского обслуживания) заключается в лечении распространенных заболеваний и травм, не требующих консультации специалиста, а также в укреплении здоровья и профилактике заболеваний (см. раздел *Общественное здравоохранение*). По данным исследования уровня жизни в Кыргызстане (1996 г.), в городах больные в первую очередь ищут совета у фармацевта, а в сельской местности — у фельдшера.

Рисунок 5. Динамика числа госпитализаций и числа обращений за амбулаторной помощью



В мелких сельских населенных пунктах за медицинской помощью обращаются в фельдшерско-акушерские пункты, а в более крупных — во врачебные амбулатории. Сельские больницы предоставляют первичное и базовое специализированное медицинское обслуживание (см. раздел *Больницы*). Фельдшерско-акушерские пункты и другие сельские медицинские учреждения подчиняются главному врачу центральной районной больницы. В городах первичным медицинским обслуживанием занимаются поликлиники, а в экстренных случаях население обращается в больницы (в приемное отделение и отделение неотложной помощи). Сельские амбулатории и городские поликлиники (самостоятельные или при больницах) предоставляют первичное медицинское обслуживание, консультации по планированию семьи, проводят малые операции, предоставляют педиатрическую помощь, дородовое и послеродовое наблюдение, осуществляют некоторые профилактические мероприятия (например, иммунизация) и диспансерное обслуживание (больных с хроническими заболеваниями).

Проходящие в настоящее время реформы первичного медицинского обслуживания будут рассмотрены в других разделах, а здесь представлены основные типы медицинских учреждений.

Фельдшерско-акушерские пункты

Фельдшерско-акушерские пункты (в 1997 г. их насчитывалось 856) — первый уровень медицинского обслуживания в сельских населенных пунктах с населением 500—2000 человек. Это небольшие медицинские учреждения, располагающие всего несколькими комнатами и одним, двумя или тремя медицинскими работниками — фельдшером, акушеркой и медицинской сестрой. В фельдшерско-акушерских пунктах предоставляют самые простые виды лечения, осуществляют дородовое и послеродовое наблюдение (роды принимают в близлежащих больницах), а также основные профилактические мероприятия (иммунизация, санитарное просвещение). Здесь же выдают прописанные врачом лекарственные средства.

Сельские врачебные амбулатории

Сельские врачебные амбулатории (в 1997 г. их было 204) обслуживают территорию с населением 6000—10000 чел. Персонал амбулатории включает терапевта, педиатра, акушера-гинеколога, стоматолога, медицинскую сестру и акушерку.

Поликлиники

Поликлиники (в 1997 г. их насчитывалось 97) обслуживают население городов, а также больных из сельской местности, которые направлены местными медицинскими работниками или обратились по собственной инициативе. Поликлиники располагают терапевтами, педиатрами, акушерами и 10—20 видами специалистов. Существует три типа поликлиник: взрослые, детские поликлиники и женские консультации (последние занимаются в основном охраной здоровья женщин). Обычно поликлиники — это самостоятельные медицинские учреждения, но в районных центрах они существуют при центральной районной больнице. Среди 97 поликлиник (по данным на 1997 г.) насчитывалось 25 самостоятельных учреждений, 40 амбулаторных отделений больниц и 32 стоматологические поликлиники (20).

Прочие медицинские услуги

Стоматологические услуги раньше предоставляли бесплатно в государственных стоматологических поликлиниках крупных городов, сельских амбулаториях и районных больницах, однако теперь эти услуги бесплатные только для льготных категорий населения (пенсионеров, детей и инвалидов). Пункты и станции скорой помощи круглосуточно откликаются на вызовы в экстренных ситуациях и располагают бригадами двух типов: в сельской местности — бригадой общего профиля, а в городах еще и специализированными бригадами (педиатрические, реанимационные, кардиологические, неврологические, психиатрические и акушерские). Бригады общего профиля укомплектованы врачом и водителем, специализированные бригады — врачом и двумя медицинскими работниками со средним специальным образованием (медицинская сестра, акушерка или фельдшер). Машины

скорой помощи плохо оснащены, не хватает лекарственных препаратов и бензина.

Группы семейных врачей

Групповая врачебная практика (группы семейных врачей) была введена в 1995 г. в Иссык-Кульской области в рамках экспериментального проекта. Затем, в 1996 и 1997 г., эксперимент был распространен на Бишкекскую и Чуйскую области (в рамках проекта реформирования здравоохранения, финансируемого Всемирным банком), а в 1999 г. — на две южные области (в рамках проекта реформы социального сектора, финансируемого Азиатским банком развития). В сельских районах групповая врачебная практика организована на базе сельских медицинских центров (прежних амбулаторий) и фельдшерско-медсестринских пунктов. В большинстве крупных городов первичное медицинское обслуживание с 1996 г. предоставляют в объединенных поликлиниках, созданных вместо отдельных поликлиник для взрослых и детей и женских консультаций.

Группа семейных врачей включает терапевта (который лечит внутренние болезни у взрослых), педиатра и акушера-гинеколога, а также несколько медицинских сестер. Врачи постепенно проходят переподготовку по специальности «врач общей практики», или «семейный врач» (см. ниже). В некоторых сельских районах в групповую практику входят фельдшеры и акушерки. К концу 1999 г. группы семейных врачей (всего таких групп насчитывалось 789) существовали во всех областях (табл. 11).

Таким образом, начатый в 1995 г. эксперимент быстро распространился по всей стране (по плану это должно было произойти к 2001 г.). Создана новая негосударственная организация, Ассоциация групп семейных врачей,

Таблица 11. Группы семейных врачей, 1999 г.

Область	Число групп семейных врачей	Число групп семейных врачей, работающих по договорам с Фондом обязательного медицинского страхования
Бишкекская	108	108
Чуйская	144	144
Ошская	175	22
Баткенская	64	—
Джалал-Абадская	142	64
Таласская	40	10
Нарынская	42	—
Иссык-Кульская	74	74
Всего	789	422

Источник: Ассоциация групп семейных врачей, Бишкек.

цель которой — пропагандировать и расширять групповую врачебную практику, улучшать качество медицинского обслуживания в новых медицинских учреждениях. Большинство поставщиков первичных медицинских услуг остаются государственными служащими. Предполагается, что группы семейных врачей обеспечивают всесторонним первичным медицинским обслуживанием приписанное к ним население.

Реформы первичного медицинского обслуживания

Фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории и поликлиники в значительной мере недозагружены. Об этом свидетельствуют показатели обращаемости за амбулаторной медицинской помощью, подтвержденные непосредственным наблюдением. Нынешняя реформа первичного медицинского обслуживания направлена на создание служб, которые обеспечивали бы медицинской помощью семьи, расширение возможностей этих служб и предоставление больным права выбора врача.

В более отдаленном будущем планируется вывести первичное медицинское обслуживание в городах за рамки поликлиник. Внедрение групповой врачебной практики в разных областях находится на разных стадиях. Там, где эксперимент был начат раньше всего (Иссык-Кульская, Бишкекская и Чуйская области), новые учреждения уже работают, в некоторых областях — существуют только на бумаге, а в ряде областей медицинские учреждения работают по прежним схемам. К 1999 г. было три типа групп семейных врачей: независимые группы вне поликлиник (в Иссык-Кульской области), группы, работающие в самостоятельной поликлинике (в городах), и группы в амбулаторном отделении больницы.

Нынешняя политика здравоохранения поощряет врачей объединяться в группы добровольно, поскольку только в этом случае возможно полноценное сотрудничество. Врачи заинтересованы в объединении и по финансовым соображениям, так как Фонд обязательного медицинского страхования заключает договоры на первичное медицинское обслуживание только с группами семейных врачей (к 1999 г. по договорам с Фондом работали более половины таких групп). Группы семейных врачей подлежат лицензированию и аккредитации.

Прежде население было прикреплено к участковому врачу по месту жительства. Теперь больные могут выбирать (с некоторыми ограничениями) группу семейных врачей. В городах больные посещают ту группу врачей общей практики, зона охвата которой совпадает с прежним участком поликлинического обслуживания. В сельской местности, где медицинских учреждений меньше, население приписано к группе семейных врачей в пределах района. Менять группу можно при наступлении нового годового регистрационного периода. Планируется, что возможность выбрать врача позволит регулировать финансирование, поскольку оно основано на количестве зарегистрированных больных: врачебные группы, которые привлекут больше клиентов, получают больше средств (см. ниже). В результате усилятся конку-

рения между поставщиками медицинских услуг и увеличится ответственность врачей перед больными.

Предполагается, что групповая врачебная практика будет способствовать более рациональному использованию оборудования: некоторые группы врачей в Иссык-Кульской области договорились о совместной работе. Группы врачей общей практики, которые не участвуют в финансируемых из-за рубежа экспериментальных проектах, не имеют возможности ремонтировать здания и оборудование, так как областные власти не выделяют достаточно средств на капитальные вложения.

Участковые врачи обычно направляли больных на более высокие уровни медицинского обслуживания, так как не имели ни достаточной квалификации, ни необходимого оборудования, чтобы лечить многие распространенные заболевания, равно как и не были заинтересованы в том, чтобы увеличить число обслуживаемых больных. К тому же не существовало бюджетных ограничений, препятствующих направлению на более дорогостоящее обслуживание. При советской власти предполагалось, что медицинские работники, занимающиеся первичным медицинским обслуживанием, регулируют доступ к специализированным услугам, но на деле больных стремились направить на более высокий уровень медицинского обслуживания. В 1990-х гг. больные все чаще стали действовать в обход врачей общей практики. Так, в 1997 г. треть больных амбулаторного отделения республиканской клинической больницы обратились туда по собственной инициативе. Нынешние реформы предполагают передачу врачам общей практики диспетчерских функций, но на практике методов, препятствующих укоренившейся привычке направлять больных на более высокий уровень медицинского обслуживания (материальные стимулы, повышение квалификации), пока не существует.

Переподготовка медицинских работников пока идет слишком медленно, хотя это решающее условие успешного внедрения групповой врачебной практики. Первичное медицинское обслуживание должно охватывать целые семьи, а не отдельных их членов, а предоставлять его должны не терапевты, педиатры и акушеры-гинекологи, а врачи общей практики. Некоторые меры уже приняты: во-первых, предполагается, что работающие в группах врачи будут перенимать опыт друг у друга. Во-вторых, в 1998 г. организованы четыре трехнедельных цикла для переподготовки в области семейной медицины. Прошедшим эти курсы будет предложено дополнительное кратковременное обучение по определенным темам. Организуется последипломное обучение по специальности «врач общей практики». Медицинское образование будет рассмотрено в разделе *Медицинские кадры и обучение медицинских работников*.

Принципы лечения устарели и требуют пересмотра. Эти принципы (рассматриваемые многими как жесткие правила) предусматривают приоритетную роль стационарного лечения, длительную госпитализацию и лечение многих заболеваний в специализированных медицинских учреждениях. Фонд обязательного медицинского страхования, Ассоциация групп семейных врачей и Департамент лекарственного обеспечения и медицинской тех-

ники в настоящее время пересматривают схемы лечения многих заболеваний, часто встречающихся в общей практике. Разрабатываются новые схемы лечения, соответствующие международным стандартам. Так, в некоторых районах были опробованы новые схемы лечения туберкулеза и заболеваний, передающихся половым путем. В 1996 г. в четырех районах были развернуты экспериментальные проекты по внедрению разработанной ВОЗ системы краткосрочной контролируемой амбулаторной терапии; в 1998 г. эксперимент был распространен на Иссык-Кульскую, Чуйскую и Бишкекскую области.

Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение Кыргызстана все еще ориентировано на санитарно-эпидемиологический надзор, включая охрану окружающей среды и борьбу с инфекционными заболеваниями. Обе эти функции реализуются через самостоятельные вертикальные структуры, практически не связанные (за исключением программ иммунизации) с первичным медицинским обслуживанием. Сформировавшаяся при советской власти санитарно-эпидемиологическая служба занималась охраной окружающей среды (в том числе обеспечением безопасности питьевой воды и продуктов питания), борьбой с инфекционными заболеваниями и контролем за состоянием здоровья населения.

Сейчас общественное здравоохранение ориентируется на выполнение новых задач, таких, как профилактика незаразных заболеваний, пропаганда здорового образа жизни и укрепление здоровья населения, включая такие широкомасштабные мероприятия, как улучшение питания и борьба с курением. Новые задачи решаются на разных социальных уровнях и требуют взаимодействия разных правительственных секторов. Новое содержание понятия «общественное здравоохранение» было заявлено в государственной программе «Здоровая нация» (1994—2000 гг.). Цель этой программы — улучшить состояние здоровья и качество жизни населения, для чего предусмотрено пять первоочередных направлений — семья, охрана здоровья матери и ребенка, охрана окружающей среды, обеспечение безопасности питьевой воды и продуктов питания, пропаганда здорового образа жизни.

Службы общественного здравоохранения

Министерство здравоохранения отвечает за реализацию ряда республиканских программ, направленных на искоренение заболеваний и укрепление здоровья населения: совместной программы ВОЗ и ЮНИСЕФ по борьбе с кишечными и острыми респираторными инфекциями, национальной программы по борьбе с туберкулезом, национальной программы по предупреждению СПИДа и заболеваний, передающихся половым путем, национальной интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (ВОЗ), а также программы обеспечения безопасности питьевой воды. Отдельные задачи включают искоренение к 2000 г. случаев полиомиелита,

вызванных дикими штаммами вируса; искоренение к 2000 г. дифтерии; снижение заболеваемости коклюшем до 5 на 100 000 населения в год и менее; снижение заболеваемости корью до 1 на 100 000 населения в год и менее; искоренение к 2000 г. случаев смерти от кори; предотвращение столбняка у детей в возрасте до 1 года; снижение заболеваемости миллиарным туберкулезом.

В условиях нехватки финансовых средств нелегко осуществлять программы массовых обследований, но некоторые из них все же продолжают действовать — это обязательная ежегодная рентгенография грудной клетки, туберкулиновая проба (проба Манту), программы ежегодного стоматологического обследования школьников, анализы кала для выявления паразитов и их яиц в школах. Некоторые программы массовых обследований малоэффективны (например, ежегодная рентгенография грудной клетки), другие (например, цитологическое исследование мазка с шейки матки) выполняют только при обращении за амбулаторной помощью или во время родового наблюдения. Эффективны массовые обследования, проводимые в рамках родового наблюдения в учреждениях первичного медицинского обслуживания. Во время этих обследований тщательно выявляют состояния, требующие более пристального наблюдения. В 1997 г. родовым наблюдением были охвачены 74% женщин в первом триместре беременности. Родовое наблюдение особенно важно, поскольку осложнения беременности встречаются очень часто.

В 1989 г. был принят президентский указ о планировании семьи, целью которого было увеличить интервал между родами, снизить число абортов и расширить применение современных средств контрацепции. Ныне службы планирования семьи объединяются со службами первичного медицинского обслуживания, особенно в сельских районах. Предполагается, что услуги по планированию семьи будут оказывать учреждения первичного и специализированного медицинского обслуживания. Четыре консультационных центра по вопросам семьи и брака (под эгидой Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии) консультируют по медицинским и генетическим проблемам, вопросам планирования семьи, предоставляют медицинскую и социальную помощь.

Основная сфера, где пересекается деятельность санитарно-эпидемиологических служб и учреждений первичного медицинского обслуживания, — это иммунизация. Государственная санитарно-эпидемиологическая служба организует программы иммунизации и предоставляет вакцины, а персонал учреждений первичного медицинского обслуживания проводит иммунизацию. В начале 1990-х гг. из-за нехватки вакцин заболеваемость инфекционными болезнями, которые можно предотвратить с помощью иммунизации (дифтерия, корь), возросла. Однако уже с 1995 г. охват населения иммунизацией вновь стал высоким (92—99% для столбняка, коклюша, дифтерии и полиомиелита и до 98% для кори, рис. 6).

Пример довольно успешной государственной программы по укреплению здоровья населения — обязательное йодирование пищевой соли, которое было введено в конце 1980-х гг. Поскольку Кыргызстан преимущественно

гористая страна, ее почва, а следовательно, и местные продукты питания бедны йодом.

Государственная санитарно-эпидемиологическая служба

Департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора был основан путем слияния республиканской санитарно-эпидемиологической службы и санитарно-эпидемиологического департамента Министерства здравоохранения. Служба действует на четырех уровнях: республиканском, областном, городском и районном. Помимо республиканской санитарно-эпидемиологической станции существуют еще семь областных, десять городских и 41 районный центр. С 1995 г. этот сектор здравоохранения был отчасти реорганизован (например, были объединены областные и городские санитарно-эпидемиологические станции в Джалал-Абаде, Таласе и Нарыне). Санитарно-эпидемиологическая служба имеет собственную вертикальную систему отчетности (информация поступает с районного на областной и далее на республиканский уровни, а затем все данные передаются в Медицинский информационный центр при Министерстве здравоохранения).

Республиканский центр здоровья (основан в 1990 г.) и его областные филиалы отвечают за реализацию программ санитарного просвещения. Республиканский центр иммунопрофилактики, учрежденный в 1994 г., действует через свои отделения в областных санитарно-эпидемиологических службах. Центр проводит программы иммунизации, следит за обеспечением вакцинами. Республиканский центр по предупреждению СПИДа имеет четыре областных филиала. Республиканская противочумная станция имеет три специальных подразделения внутри каждой областной санитарно-эпидемиологической службы и две станции дезинфекции.

В 1998 г. в системе санитарно-эпидемиологического надзора работали 621 санитарный врач и 2050 медицинских работников со средним специальным образованием, включая технический персонал. Многие из этих работников нуждаются в переподготовке, учитывая новые задачи, стоящие перед общественным здравоохранением. Пока санитарно-эпидемиологические службы малоэффективны — из-за недостаточной согласованности действий, нехватки транспорта и современного оборудования. Работники теряют квалификацию и действуют преимущественно в качестве санитарных инспекторов, правда, с некоторыми полномочиями. Необходимо усовершенствовать законодательную базу, так как системы принудительного взимания штрафов за нарушение санитарных норм не существует.

Материально-техническая база санитарно-эпидемиологического надзора не соответствует современным требованиям: устарели лаборатории (бактериологические, паразитологические, вирусологические, лаборатории по контролю за состоянием окружающей среды), износилось оборудование, не хватает материалов. Информационные технологии также не соответствуют требованиям сегодняшнего дня: большую часть данных обрабатывают вручную, а компьютеров очень мало. В результате огромный объем собранных данных

невозможно проанализировать, поэтому санитарно-эпидемиологическая служба не в состоянии тщательно контролировать здоровье населения.

Охрана окружающей среды

Охрана окружающей среды — сложная межотраслевая задача, и ее решением занимаются самые разные учреждения. Постановление правительства «О государственном контроле в области охраны природы и использования природных ресурсов» (1992 г.) обязало ряд государственных организаций, в том числе Министерство охраны окружающей среды, Министерство внутренних дел, Государственную санитарно-эпидемиологическую службу, Государственную инспекцию по землеустройству при правительстве, Государственную лесную инспекцию и Государственную инспекцию по надзору за промышленной безопасностью и горному надзору, предпринять соответствующие меры. Исык-Кульская резолюция, принятая в 1996 г. на совещании министров среднеазиатских республик, призвала к разработке законодательства, которое бы четко определяло обязанности правительственных организаций и согласовывало бы их действия.

После состоявшейся в 1994 г. в Хельсинки Европейской конференции «Окружающая среда и здоровье» был принят Национальный план по охране окружающей среды в Кыргызстане (1995 г.). В 1997 г. план был расширен и приведен в соответствие с Европейским планом по охране окружающей среды (19). Согласно этому плану, перед Кыргызстаном стоят серьезные экологические проблемы: неудовлетворительная утилизация промышленных отходов, загрязнение окружающей среды сельскохозяйственными удобрениями и пестицидами, разрушение системы водоочистных сооружений и загрязнение воды токсическими веществами (несмотря на спад промышленного производства).

Предложения, касающиеся санитарно-эпидемиологического надзора, в том числе охраны окружающей среды, обсуждались на состоявшемся в Кыргызстане в январе 1999 г. семинаре республик Средней Азии. Вот вкратце выводы и рекомендации этого семинара: осуществлять государственное регулирование с помощью санитарно-эпидемиологических служб; пересмотреть распределение функций между санитарно-эпидемиологическими службами и другими организациями; объединить санитарно-эпидемиологические службы с учреждениями первичного медицинского обслуживания и учреждениями по охране окружающей среды; изменить принципы финансирования; привлекать больше работников из других областей, помимо здравоохранения; усовершенствовать систему подготовки специалистов в области общественного здравоохранения; привлекать профессиональные ассоциации для сертификации работников санитарно-эпидемиологических служб; внести изменения в программы реформирования здравоохранения; улучшить межотраслевое сотрудничество; расширить информационные системы.

Специализированное медицинское обслуживание

Специализированное медицинское обслуживание включает специализированные амбулаторные услуги и основные виды стационарного лечения (за исключением обслуживания в учреждениях для больных с хроническими заболеваниями). Высокоспециализированное медицинское обслуживание подразумевает более сложные и дорогостоящие специализированные услуги. Большинство республиканских больниц в Кыргызстане относятся к учреждениям специализированного, а не высокоспециализированного обслуживания. Уровни медицинского обслуживания четко не разграничены: одни и те же учреждения могут одновременно предоставлять специализированные и высокоспециализированные услуги или специализированные услуги и первичную медицинскую помощь. Так, республиканский диагностический центр относится к третьему уровню медицинского обслуживания, но оказывает также первичную и специализированную медицинскую помощь, а в областных больницах часто предоставляют базовые специализированные медицинские услуги (по данным Фонда обязательного медицинского страхования).

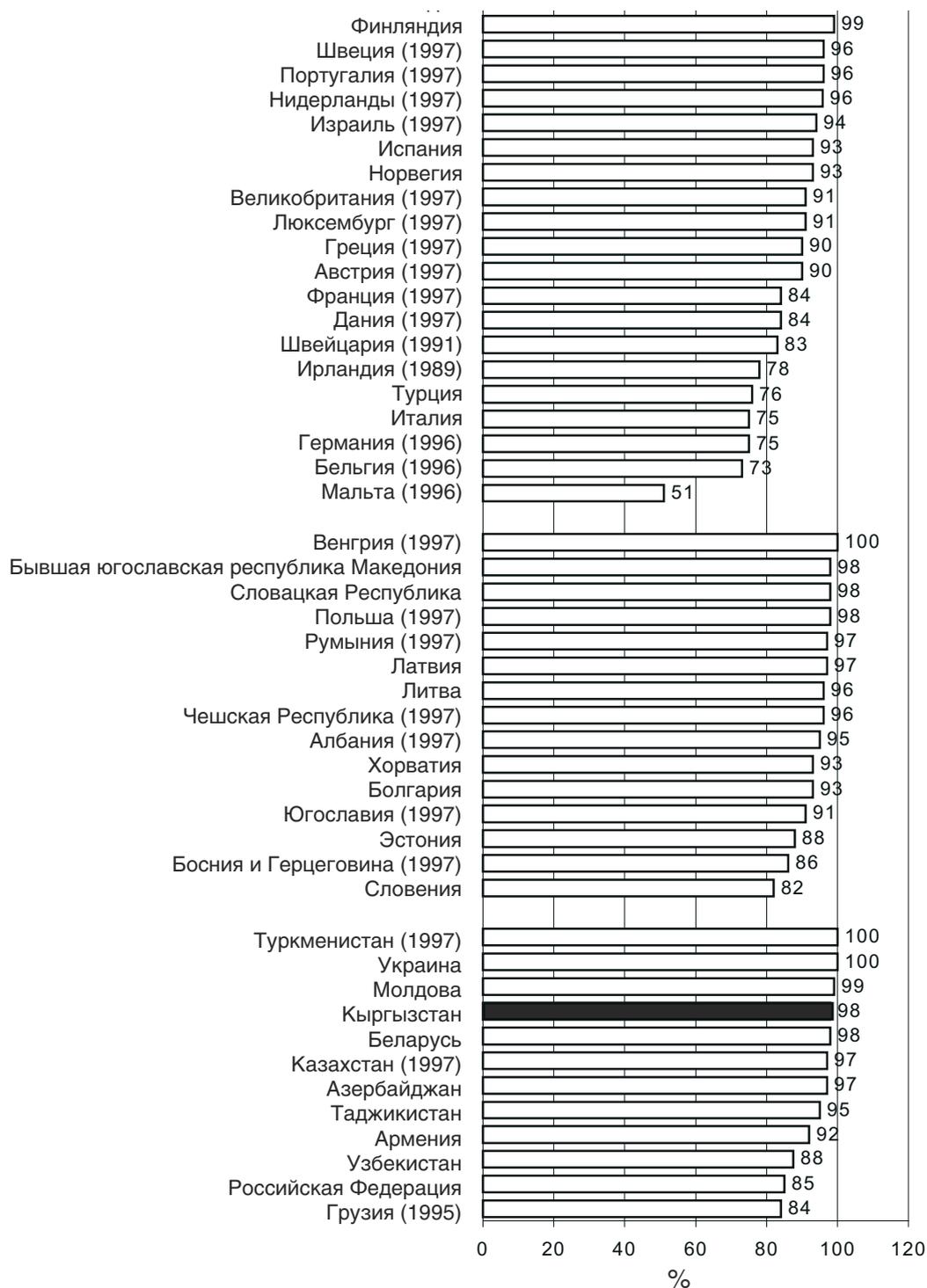
Медицинские работники стремятся направлять больных на более высокий уровень медицинского обслуживания вместо того, чтобы лечить их. В поликлиниках, где больной попадает к специалисту только при наличии направления, контролировать поток больных легче. Однако в амбулаторных отделениях больниц специалисты часто только ставят диагноз, но не лечат, и принимают решение о госпитализации. Таким образом, поликлиники занимаются преимущественно направлением больных на более высокие уровни медицинского обслуживания. Чтобы регулировать этот поток больных, Ассоциация больниц сейчас разрабатывает критерии госпитализации. Играть роль и финансовые стимулы, так как Фонд обязательного медицинского страхования будет оплачивать только те специализированные и высокоспециализированные услуги, которые предоставлены по направлению врача общей практики.

Специализированное амбулаторное обслуживание

Поликлиники могут быть самостоятельными медицинскими учреждениями (в городах) или входить в состав районных или областных больниц. Поликлиники и амбулаторные отделения больниц наряду со специализированным обслуживанием предоставляют первичную медицинскую помощь. Специализированные услуги предоставляют также амбулаторные отделения республиканских и специализированных (например, детских) больниц, а также диспансеры (для больных с хроническими заболеваниями).

Частных клиник и частнопрактикующих специалистов, предоставляющих платные услуги, пока мало, но в городах их число начинает расти.

Рисунок 6. Уровень иммунизации против кори в Европейском регионе ВОЗ в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие из имеющихся данных (год указан в скобках)



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

Стационарное лечение

Советские нормативы, основанные на принципах Семашко, предусматривали высокую обеспеченность населения больничными койками. Благодаря своей ведущей роли больницы были общедоступны, а направление на более высокие уровни медицинского обслуживания, в том числе в специализированные учреждения, не ограничивалось. Наследие советской системы здравоохранения — избыток коечного фонда, множество больниц и чрезмерная специализация в медицинском образовании. На больницы тратится более 70% государственного бюджета здравоохранения. Большая часть этих средств идет на поддержание обветшавших зданий и заработную плату персоналу, а на медицинские материалы и оборудование, необходимые для лечения больных, остаются жалкие крохи.

Сельские больницы (в 1997 г. их было 157) рассчитаны на 20—50 коек (главным образом акушерских) и обслуживают территорию с населением 20 000—25 000 человек. Больные обращаются в них по направлению или по собственной инициативе. На самом деле эти маленькие больницы предоставляют первичное, а не специализированное медицинское обслуживание. Многие сельские больницы планируется закрыть или превратить в амбулаторные учреждения. Значительная часть таких больниц сильно обветшала и не располагает даже самыми необходимыми оборудованием и лекарственными средствами.

Центральные районные больницы (в 1997 г. их насчитывалось 40) расположены в районных центрах и имеют в своем штате нескольких специалистов. При многих больницах существуют поликлиники. Такие больницы управляют учреждениями первичного медицинского обслуживания района.

Родильные дома или родильные отделения в центральных районных больницах. Областные родильные дома помимо ведения осложненной беременности занимаются лечением гинекологических заболеваний. Существуют отдельные детские больницы, причем большинство областных и республиканских детских больниц — самостоятельные учреждения.

Областные и городские больницы (в 1997 г. их было 39) расположены в областных центрах; предоставляют в основном специализированную медицинскую помощь с более широким спектром специализированных медицинских услуг, а в амбулаторных отделениях — и первичное медицинское обслуживание.

Республиканские больницы и научно-исследовательские институты (в 1997 г. их насчитывалось 12) предоставляют высокоспециализированную медицинскую помощь и служат учебными базами для медицинских высших учебных заведений. Республиканские учреждения располагали в 1998 г. 7860 койками. Большинство этих учреждений (за исключением четырех) сосредоточено в Бишкеке. К республиканским учреждениям относятся два республиканских диспансера (психиатрический и дерматовенерологический); две больницы общего профиля (для взрослых и детей); шесть научно-исследовательских институтов (туберкулезный, онкологический, педиатрический, акушерства, гематологии, экологии и профилактики); два республи-

Таблица 12. Показатели работы стационаров в 1990—1997 гг.

Показатели	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Общее число больниц на 100 000 населения	6,9	7,3	7,4	7,5	7,7	7,6	7,4	7,4
Число обычных больниц на 100 000 населения	5,9	6,2	6,4	6,4	6,5	6,4	6,2	6,7
Общее число больничных коек на 1000 населения	11,9	12,1	11,9	10,7	9,6	8,6	8,4	8,3
Число коек в обычных больницах на 1000 населения	9,8	9,9	9,9	8,8	7,8	7,0	6,9	7,5
Число госпитализаций на 100 населения	23,9	23,4	22,4	20,7	17,7	16,9	16,5	17,5
Число госпитализаций в обычные больницы на 100 населения	22,9	22,5	21,7	19,9	17,0	16,3	15,8	16,5
Средняя продолжительность госпитализации, дни	14,9	14,9	15,0	15,0	15,4	14,7	14,9	14,5
Средняя продолжительность госпитализации в обычных больницах (дни)	12,6	12,7	13,1	13,0	13,1	12,4	12,9	12,8
Средняя занятость койки (%)	80,4	78,3	77,9	80,2	78,0	79,3	80,5	83,6

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

канских медицинских центра (кардиологический и хирургический); республиканский наркологический центр; республиканская инфекционная больница; республиканская реабилитационная больница; две психиатрические больницы и две туберкулезные больницы для детей и взрослых (последние четыре находятся за пределами столицы).

Частные больницы. В Бишкеке существуют три маленькие платные специализированные больницы (офтальмологическая, хирургическая и наркологическая).

Показатели работы больниц

По числу больниц на 1000 населения Кыргызстан уступает только двум странам бывшего СССР. С 1990 по 1998 г. число больниц увеличилось, хотя число коек сократилось. Общее число больничных коек (в том числе для больных с хроническими заболеваниями) на 1000 населения уменьшилось с 11,9 в 1990 г. до 8,3 в 1997 г. Число коек в обычных больницах составляло в 1997 г. 7,5 на 1000 населения (по сравнению с 7,2 в странах бывшего СССР и 4,5 в странах Европейского союза) (рис. 7 и 8).

Число госпитализаций на 100 населения снизилось с 24 в 1990 г. до 17,5 в 1998 г. Снижение этого показателя, возможно, обусловлено нехваткой необходимых для лечения лекарственных средств и оборудования. Тем не менее

в 1998 г. по числу госпитализаций Кыргызстан все еще опережал остальные республики Средней Азии.

Средняя продолжительность госпитализации остается большой (около 12,8 дня в обычных больницах в 1997 г., табл. 12). В целом по всем больницам она составляла 14,9 дня, что сопоставимо с другими странами бывшего СССР, но больше, чем в большинстве европейских стран (табл. 14).

Средняя занятость койки увеличилась с 78% в 1994 г. до 84% в 1997 г., возможно, вследствие сокращения числа коек. В действительности этот показатель меньше, так как в больницах стремятся отложить внесение выписанного больного в статистические сводки с тем, чтобы увеличить больничный бюджет (24). Проведенное в 1994 г. исследование сельских больниц показало, что они заполнены лишь на две трети (14).

Реорганизация больниц

С 1990 по 1996 г. в рамках программы реорганизации больниц коечный фонд сократился примерно на 27% (14). В то же время число больниц увеличилось, так что экономия средств оказалась незначительной. Больницы не заинтересованы в более рациональном использовании средств, поскольку способов поощрять или наказывать (штрафовать) их практически нет. Сохранение прежней системы финансирования, при которой средства выделяются в виде жесткого 18-статейного бюджета в соответствии с числом больничных коек и числом больных, препятствует закрытию больниц. Больницы не имеют права использовать сэкономленные средства в следующем отчетном году. Кроме того, устаревшие схемы лечения предусматривают длительное пребывание в больнице. Увеличение частоты некоторых заболеваний не позволяет закрыть специализированные больницы соответствующего профиля. Так, в связи с распространением наркомании, алкоголизма и психических расстройств Министерство здравоохранения издало приказ, согласно которому до 2000 г. ни один диспансер не подлежит закрытию.

С 1990 по 1997 г. общее число больниц возросло на 10%, хотя коечный фонд сократился примерно на 27% (табл. 13). Последнее было достигнуто в основном за счет сокращения числа больничных коек, а не за счет закрытия больниц (закрыты лишь некоторые сельские больницы). Масштабы реорганизации в разных областях были разными. При закрытии сельских больниц учитывали следующие критерии: спектр и количество предоставляемых услуг, расстояние до других больниц, качество и доступность дорог, число коек, численность и структура медицинских кадров (14). Бишкек, с его населением около 800 тыс. человек, располагает 26 больницами, в которых предоставляют специализированное и высокоспециализированное медицинское обслуживание, а средняя занятость койки в них явно велика (около 88%). Эти больницы находятся в ведении центральных (республиканских) органов власти, администрации Чуйской области и городских властей Бишкека. В Бишкеке были закрыты только две городские больницы, более того, число коек в остальных больницах сохранилось на прежнем уровне, несмотря на обширные планы реструктуризации (24).

Ассоциация больниц планирует следить за эффективностью работы стационаров по таким показателям, как средняя занятость койки, средняя продолжительность госпитализации, оборот койки и число больных. Следуя результатам эксперимента в Иссык-Кульской области, Фонд обязательного медицинского страхования в 1997 г. начал внедрять систему оплаты по клинико-затратным группам (в Кыргызстане разработан свой вариант таких групп). Кроме того, Фонд ввел периодическую проверку больниц, от результатов которой зависит их финансирование (см. раздел *Финансирование больниц*).

В постановлении правительства № 793 «О реинвестировании сэкономленных ресурсов в секторе здравоохранения» (декабрь 1998 г.) было предложено материально заинтересовать местные власти в реорганизации больниц. Согласно этому постановлению, городские и областные департаменты здравоохранения могли распоряжаться бюджетными средствами, сэкономленными в результате закрытия больниц и сокращения числа коек. Однако это постановление не было реализовано, так как нормы и правила использования бюджетных фондов местных властей остались прежними.

Медико-социальная помощь

Значительную часть медико-социальной помощи оказывают в специальных учреждениях, например домах для престарелых и инвалидов, интернатах для умственно отсталых и больных с психическими расстройствами. Четкого разделения между медицинской и социальной помощью нет. Во многом эти обязанности ложатся на плечи родственников.

За медицинскую помощь отвечает Министерство здравоохранения, а социальная помощь находится в ведении Министерства труда и социального обеспечения. Роль добровольных организаций в медико-социальном обслуживании

Таблица 13. Число больниц и больничных коек

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Изменение с 1990 по 1997 г. (%)
Число обычных больниц	257	275	284	285	290	288	282	306	+19,1
Общее число больниц	—	304	323	332	335	341	341	335	10,2
Число коек в обычных больницах	43 000	44 050	44 598	39260	34 712	31 469	31 593	34 627	-19,5
Общее число коек	52 245	53 305	53 224	47815	42 651	38 703	38 197	38 332	-26,6

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

живании пока невелика, но продолжает расти; некоторые из них получают субсидии от правительства, хотя в целом сектор социальной помощи страдает от недостатка средств. Взаимодействие между секторами здравоохранения и социального обеспечения слабое.

В планы в области охраны психического здоровья и ухода вне специальных учреждений входит пересмотреть существующую сеть специальных учреждений, финансовую поддержку со стороны социальных служб, а также объем социальной помощи, предоставляемой вне специальных учреждений. Долгосрочные планы в области охраны психического здоровья стали согласовывать с планами в отношении больниц и медицинского страхования. Некоторые маленькие больницы предполагается преобразовать в дома для престарелых и учреждения для больных с хроническими заболеваниями, но для этого необходимо организовать переподготовку персонала.

Специальные больницы и диспансеры предоставляют лечение и уход больным с психическими расстройствами, нарушениями интеллекта, наркоманам и алкоголикам. В 1997 г. в подчинении главного психиатра Министерства здравоохранения находились десять таких больниц с общим количеством коек 3224. Больницы обеспечивают как кратковременное, так и долгосрочное лечение, а диспансеры предлагают еще и амбулаторную помощь. Средняя продолжительность госпитализации в таких учреждениях в 1997 г. колебалась от 34 до 60 дней, а в республиканских психиатрических больницах — от 101 до 253 дней. Областные психиатрические больницы рассчитаны на 40—170 коек, крупные республиканские больницы — на 660—1000. Больных направляют на госпитализацию врачи, а в экстренных случаях доставляют в больницу службы скорой помощи.

Санатории и курорты предлагают курс реабилитации и оздоровления, часто длительный. Эти учреждения находятся в основном в ведении профсоюзов и финансируются из Фонда социального обеспечения. Эффективность такого оздоровления сомнительна, поэтому преобразование этого сектора здравоохранения — одна из первоочередных задач.

Забота о детях с задержкой психического развития находится в ведении Министерства образования, которое располагает специальными школами в городах, а также школами-интернатами для детей с тяжелыми расстройствами зрения и слуха.

Общественные организации

Основная общественная организация — основанное в 1926 г. Общество Красного Полумесяца Киргизской АССР. С самого основания оно занимается медицинской и социальной помощью нуждающимся в постороннем уходе, в том числе одиноким пожилым людям. С 1950-х гг. социальные работники и медицинские сестры, входящие в его Службу милосердия, предоставляли медицинский уход и социальную помощь (приобретение продуктов питания, оплата коммунальных услуг, помощь по дому, приготовление еды и консультирование) на дому. Сестры милосердия подчинялись поликлиникам, рабо-

Таблица 14. Показатели работы больниц европейских стран в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие из имеющихся данных

Страна	Число больничных коек на 1000 населения	Число госпитализаций на 100 населения	Средняя продолжительность госпитализации (дни)	Средняя занятость койки (%)
Западная Европа				
Австрия	6,4 ^a	24,7 ^a	7,1 ^a	74,0 ^a
Бельгия	5,2 ^b	18,0 ^b	7,5 ^b	80,6 ^e
Дания	3,6 ^b	18,8 ^b	5,6 ^b	81,0 ^b
Финляндия	2,4	20,5	4,7	74,0 ^e
Франция	4,3 ^a	20,3 ^e	6,0	75,7 ^a
Германия	7,1 ^a	19,6 ^a	11,0 ^a	76,6 ^a
Греция	3,9 ^e	—	—	—
Исландия	3,8 ^e	18,1 ^e	6,8 ^e	—
Ирландия	3,4 ^a	14,9 ^b	6,7 ^b	82,3 ^b
Израиль	2,3	18,4	4,2	94,0
Италия	4,6 ^a	16,5 ^a	7,0 ^a	76,0 ^a
Люксембург	5,6 ^a	18,4 ^c	9,8 ^b	74,3 ^c
Мальта	3,9 ^a	—	4,5	72,2 ^a
Нидерланды	3,4	9,2	8,3	61,3
Норвегия	3,3	14,7 ^b	6,5 ^b	81,1 ^b
Португалия	3,1	11,9	7,3	75,5
Испания	3,1 ^e	10,7 ^e	8,5 ^b	76,4 ^e
Швеция	2,7 ^a	16,0 ^b	5,1 ^b	77,5 ^b
Швейцария	5,2 ^b	14,2 ^d	11,0 ^a	84,0 ^a
Турция	1,8	7,1	5,5	57,3
Великобритания	2,0 ^b	21,4 ^b	4,8 ^b	—
Страны Центральной и Восточной Европы				
Албания	2,8 ^a	—	—	—
Босния и Герцеговина	3,4 ^{жс}	7,4 ^{жс}	9,7 ^{жс}	70,9 ^{жс}
Болгария	7,6 ^b	14,8 ^b	10,7 ^b	64,1 ^b
Хорватия	4,0	13,4	9,6	88,2
Чешская Республика	6,5	18,4	8,8	70,8
Эстония	6,0	17,9	8,8	74,6
Венгрия	5,8	21,7	8,5	75,8
Латвия	—	—	—	—
Литва	—	—	—	—

Таблица 14 (окончание)

Польша	—	—	—	—
Румыния	—	—	—	—
Словацкая Республика	7,1	19,3	10,3	77,9
Словения	4,6	15,9	7,9	75,4
Бывшая югославская республика Македония	3,5 ^a	8,1	8,9	66,5
Страны бывшего СССР				
Армения	6,0	6,0	10,7	30,2
Азербайджан	8,0	5,6	—	—
Беларусь	—	—	—	88,7 ^c
Грузия	4,6 ^b	4,8 ^b	8,3 ^b	26,8 ^c
Казахстан	6,6	14,9	13,0	91,2
Кыргызстан	6,7	15,8	12,9	81,7
Молдова	9,1	16,9	15,4	77,6
Российская Федерация	9,0	19,9	14,0	82,5
Таджикистан	6,2	9,7	13,0	59,9 ^b
Туркменистан	6,0 ^a	12,4 ^a	11,1 ^a	72,1 ^a
Украина	7,4	17,9	13,4	88,1
Узбекистан	—	—	—	—

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

Примечание: ^a1997, ^b1996, ^c1995, ^d1994, ^e1993, ^f1992, ^ж1991.

тали под руководством врача и получали более высокую заработную плату, чем другие медицинские сестры. В настоящее время насчитывается 178 сестер милосердия (в 1991 г. их было 600), которые посещают 2000 пожилых людей. Нуждающихся в подобных услугах, становится все больше из-за старения и обнищания (вследствие сокращения пенсий) населения, потери поддержки со стороны близких в связи с их переездом. Число таких людей оценивает Министерство труда и социального обеспечения. Потребность в медико-социальной помощи намного превышает возможности соответствующих служб, особенно в городах. В настоящее время действуют семь областных филиалов Общества Красного Полумесяца, в которых работают медицинские сестры, социальные работники и врачи.

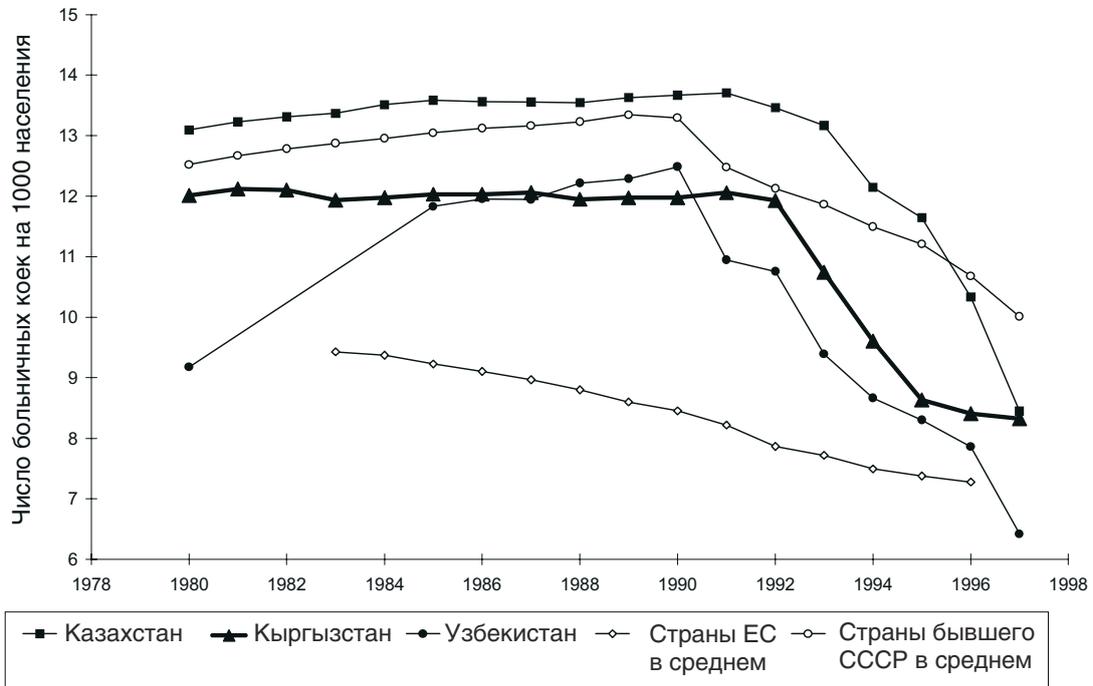
В 1992 г. Общество Красного Полумесяца Кыргызской республики присоединилось к Международному Красному Кресту. Теперь в сферу деятельности общества включены помощь инвалидам, охрана детства, работа с молодежью, социальная помощь в чрезвычайных обстоятельствах, а также помощь беженцам. В советские времена общество финансировалось только из

Рисунок 7. Число больничных коек на 1000 населения в странах бывшего СССР в 1990 г. и 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие из имеющихся данных.



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

Рисунок 8. Число больничных коек на 1000 населения в Кыргызстане и некоторых других странах в 1990—1997 гг.



ЕС — Европейский союз

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

добровольных пожертвований. Сейчас взносы и пожертвования составляют лишь треть его средств, остальное поступает из зарубежных источников, финансирующих Красный Крест. После отмены в 1996 г. налоговых льгот по жертвованию уменьшились. Общество Красного Креста располагает двумя медицинскими центрами, которые предоставляют первичное медицинское обслуживание беженцам из Таджикистана. Общество оказывает содействие 175 сельским больницам в покупке лекарственных средств, а с 1998 г. помогает фельдшерско-акушерским пунктам в Ошской области. В его ведении находятся также дом престарелых на 40 мест, а также приют для детей, брошенных родителями. В настоящее время Общество Красного Полумесяца пересматривает очередность своих задач с учетом возрастающего спроса на медико-социальную помощь, отсутствия надежной финансовой базы, а также необходимости сотрудничать с другими организациями и с правительством.

Таблица 15. Численность медицинского персонала в 1980—1997 гг.

	1980	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Изменение с 1990 по 1997 г. (%)
Число врачей на 1000 населения	2,60	3,37	3,41	3,35	3,12	3,10	3,21	3,29	3,05	-9,5
Число врачей (физических лиц) на 1000 населения	9,4	14,7	15,1	14,9	13,9	13,7	14,4	15,0	14,0	-4,3
Число врачей (в пересчете на занятых полный рабочий день) на 1000 населения	12,1	18,7	19,4	19,5	18,4	17,5	17,5	15,8	15,4	-17,7
Число стоматологов на 1000 населения	0,15	0,29	0,29	0,29	0,28	0,27	0,24	0,25	0,24	-17,2
Число медицинских сестер на 1000 населения	7,01	9,01	9,25	9,20	8,65	8,48	5,63	6,77	7,85	-12,9
Число акушерок на 1000 населения	0,90	0,94	0,85	0,81	0,80	0,75	0,50	0,59	0,71	-24,5
Число фармацевтов на 1000 населения	0,15	0,28	0,28	0,27	0,26	0,22	0,07	0,09	0,06	-78,6
Число выпускников медицинских высших учебных заведений на 1000 населения (кроме стоматологов)	0,14	0,11	0,12	0,14	0,16	0,15	0,13	0,13	0,16	+45,5
Число выпускников средних специальных учебных заведений на 1000 населения	0,67	0,68	0,70	0,81	0,80	0,50	0,63	0,47	0,47	-30,9
Число выпускников стоматологических факультетов на 1000 населения	0,01	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03	+50

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

Медицинские кадры и обучение медицинских работников

В здравоохранении Кыргызстана занято большое число людей, почти все — в государственном секторе. Большинство врачей — специалисты; число медицинских сестер по отношению к числу врачей небольшое. Вместе с тем статистические данные о численности медицинских работников нужно анализировать с осторожностью. С одной стороны, не всегда понятно, что имеется в виду в официальной статистике: физические лица, эквивалент по-

льной занятости или действующий персонал, с другой — данные о численности персонала раздувают, чтобы увеличить бюджет учреждений. Так, количество врачей (точнее, количество рабочих мест) иногда на треть превышает число физических лиц, так как некоторые работники занимают более одной должности (табл. 15).

В 1997 г. в государственном секторе здравоохранения и социального обеспечения были заняты 942 000 человек (на 8% меньше, чем в 1994 г.), то есть почти 6% всей рабочей силы (13). В государственном секторе (главным образом в ведении Министерства здравоохранения) в 1997 г. работали 52 134 медицинских работника. Частный сектор все еще очень мал, существует преимущественно в городах и представлен лишь несколькими медицинскими специальностями (нетрадиционная медицина, гинекология, урология и офтальмология). Сведений о числе занятых в частном секторе нет, за исключением статистических данных по лицензированию.

Врачей, в том числе стоматологов, в 1997 г. насчитывалось 14 354 человека (3,1 на 1000 населения), а среднего медицинского персонала (фельдшеры, медицинские сестры, акушерки) — 37 780 человек (8,2 на 1000 населения). Непосредственные поставщики медицинских услуг (медицинский персонал, за исключением руководителей и неработающих, например женщин в декретном отпуске) включали 9380 врачей (2,0 на 1000 населения) и 30 026 медицинских работников со средним специальным образованием (6,5 на 1000 населения).

Обеспеченность населения врачами в течение 1980-х гг. возросла, но на протяжении 1990-х гг. не менялась, оставаясь на уровне около 3 на 1000 населения — это чуть меньше, чем в среднем в странах Европейского союза, где этот показатель растет, и значительно меньше, чем в странах бывшего СССР (рис. 9 и 10). Численность врачей (физических лиц) в течение 1990-х гг. уменьшилась примерно на 4% (табл. 15).

Обеспеченность населения медицинскими сестрами сократилась с 1990 г. на 12,9% и составила в 1997 г. 7,8 на 1000 населения (табл. 15). Квалифицированных медицинских сестер не хватает. Соотношение численности медицинских сестер и врачей (1:2,6) ниже, чем в западноевропейских странах (рис. 10), причем врачам приходится выполнять многие функции квалифицированных медицинских сестер. Самая высокая доля медицинских сестер — в республиканских медицинских учреждениях.

Численность стоматологов в 1990-е гг. сократилась на 17%, возможно потому, что многие перешли в частный сектор, и составляла в 1997 г. 1105 (0,2 на 1000 населения).

Число фармацевтов на 1000 населения уменьшилось с 0,28 в 1990 г. до 0,06 в 1997 г. (на 7,9%) также благодаря переходу в частный сектор, так как многие аптеки приватизированы.

Медицинский персонал распределен по стране неравномерно (табл. 16). Число врачей колеблется в пределах 1,3–1,9 на 1000 населения, при этом оно минимально в южных сельскохозяйственных областях. Нехватка медицинского персонала в сельских районах за последние пять лет усугубилась, поскольку недавние выпускники не хотят работать там, а существовавшая

Таблица 16. Распределение медицинских работников по областям (численность на 10 000 населения) в 1997 г.

	Терапевты	Педиатры	Акушеры-гинекологи	Стоматологи	Медицинские сестры
Бишкек	5,5	6,2	3,8	3,5	40,4
Чуйская	2,7	2,9	1,8	2,1	55,6
Таласская	2,6	2,4	1,7	1,9	63,1
Иссык-Кульская	2,4	3,6	1,9	2,3	65,9
Нарынская	2,5	3,2	1,6	1,6	80,5
Ошская	2,1	3,2	1,4	2,1	62,5
Джалал-Абадская	1,9	2,7	1,1	1,9	56,7
Всего	2,8	3,6	2,0	2,4	65,2

Источник: Министерство здравоохранения Кыргызстана, Медицинский информационный центр Кыргызстана, 1998 г.

прежде обязанность отработать три года в сельской местности отменена. Больше всего врачей и меньше всего медицинских сестер в Бишкеке, где сосредоточены почти все республиканские больницы.

Кадровые вопросы — одни из самых насущных в здравоохранении, но их решение запаздывает по сравнению с другими реформами здравоохранения. Предварительный анализ, проведенный Министерством здравоохранения, выявил значительную неравномерность распределения медицинских работников по стране в целом и по отдельным больницам, равно как и неодинаковую эффективность труда. Настоятельно требуют решения следующие задачи. Во-первых, избыток медицинского персонала может привести к вынужденному сокращению штатов, а альтернативных рабочих мест не хватает. Во-вторых, ранний выход на пенсию невыгоден, поскольку выходное пособие отсутствует, а пенсия по старости очень мала. В-третьих, обеспеченность медицинским персоналом и профессиональная структура здравоохранения нуждаются в изменениях. В-четвертых, специалистов обучали по устаревшим представлениям и методикам, и теперь им необходима переподготовка. В-пятых, моральный дух медицинских работников низок из-за сокращения бюджета, низких зарплат и неуверенности в завтрашнем дне. В-шестых, высококвалифицированный персонал используется неэффективно; медицинские работники не стремятся добросовестно и эффективно выполнять свои обязанности, а при назначении на должность отсутствует конкуренция.

Заработная плата и условия труда

При советской власти здравоохранение стояло гораздо ниже производительных секторов экономики, например горнодобывающей отрасли, поэтому заработная плата медицинских работников была меньше средней по

стране. Средняя заработная плата в секторе здравоохранения снизилась с 92% среднего уровня по стране в 1994 г. до 59% в 1998 г. (табл. 17). Средняя заработная плата по всем секторам экономики составляла в 1998 г. 789 сомов, а в секторе здравоохранения — лишь 467 сомов (табл. 17). С тех пор существенных изменений к лучшему не произошло, ведь бюджет здравоохранения сокращался. В то же время в банковском секторе и страховом деле заработная плата в три раза выше средней (31). Доля заработной платы в государственных расходах на здравоохранение сократилась примерно с половины до трети (по сведениям из базы данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ).

Потеря высококвалифицированного персонала — вследствие эмиграции и перехода в более доходные отрасли экономики — ставит под угрозу качество медицинского обслуживания. Недовольство врачей и среднего медицинского персонала низким уровнем заработной платы и нерегулярными ее выплатами, а также низким социальным статусом также не способствует улучшению качества медицинских услуг. Иногда медицинским работникам не платят в течение нескольких месяцев, особенно в сельских районах, где задержка выплат из районного бюджета стала привычной. Медицинские работники не хотят работать в сельской местности, поскольку жизненный уровень там низок, а материальных стимулов, таких, как субсидии на жилье, очень мало. К тому же сельские медицинские учреждения обычно плохо оснащены, не располагают не только необходимыми лекарственными средствами, но и водопроводом и электричеством.

Обучение медицинских работников

Число выпускников медицинских высших учебных заведений на 1000 населения (включая стоматологов и санитарных врачей) с 1990 по 1997 г. возросло более чем на 45% (табл. 16). В 1993 г. был выпущен 891 врач, а в 1997 г. — 723. Врачей готовят в трех институтах: Медицинской академии в Бишкеке, на медицинских факультетах в Кыргызско-славянском университете и в Университете города Ош. В связи с избытком врачей Медицинская акаде-

Таблица 17. Среднемесячная заработная плата (сомы)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Средняя заработная плата по всем секторам экономики	83,8	233,4	368,2	490,9	680,2	789,3
Средняя заработная плата в секторе здравоохранения	52,2	215,3	291,5	325,7	385,3	467,0
Отношение средней заработной платы медицинских работников к средней заработной плате по всем секторам экономики (%)	62	92	79	66	57	59

Источник: Государственный комитет по статистике.

мия в Бишкеке сократила набор студентов. Университеты теперь взимают плату и за базовое, и за последипломное образование.

Система базового медицинского образования была реорганизована в 1996 г., когда Медицинская академия объединила педиатрический и лечебный факультеты в факультет общей врачебной практики. Прежде выпускники получали специальности терапевтов, педиатров или акушеров-гинекологов. Медицинское образование и медицинская практика до сих пор очень консервативны, привержены сложившимся традициям и слепому следованию неписаным правилам.

В 1998 г. срок интернатуры увеличился с одного года до двух. Каждые пять лет врачи должны проходить короткий курс повышения квалификации; это требование до сих пор остается в силе, несмотря на сокращение бюджета. По результатам прохождения этих курсов определяют квалификацию врача и, соответственно, уровень заработной платы.

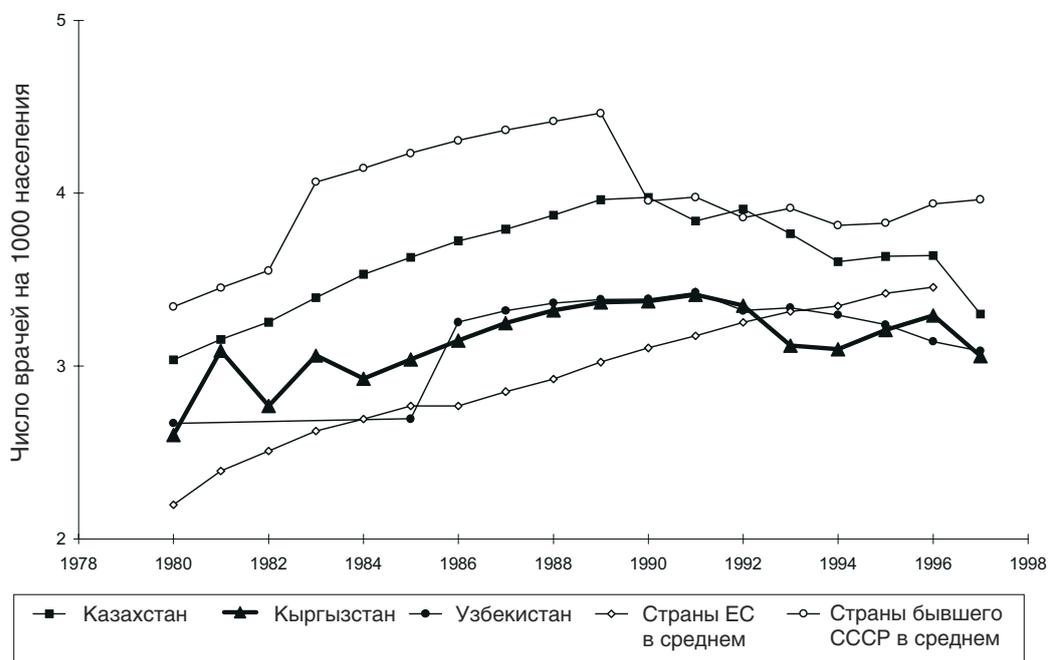
Врачей общей практики сейчас готовят на нескольких уровнях. Преподавателей по семейной медицине с 1997 г. обучают в Центре непрерывной подготовки медицинских работников в течение 1 года (с отрывом от работы). К 1999 г. такое обучение прошли 30 человек. Прошедшие курс обучения работают сейчас в Центре подготовки семейных врачей при поликлинике в Бишкеке, в Центре непрерывной подготовки медицинских работников и его филиалах в Иссык-Куле и Оше, а также в Медицинской академии в Бишкеке. Участковые врачи (из Бишкека и Чуя) проходят трехмесячный курс переподготовки в Центре непрерывной подготовки медицинских работников (курс состоит из четырех трехнедельных циклов). В настоящее время такие курсы организованы также в Иссык-Кульской и Ошской областях. Для врачей, прошедших переподготовку, существуют краткосрочные курсы по отдельным темам. Среди врачей, работающих в группах (терапевтов, педиатров и акушеров-гинекологов), вводится перекрестное обучение.

Лицензированием врачей занимается аттестационная комиссия при Министерстве здравоохранения. В комиссию входят представители правительства (главные специалисты департаментов Министерства здравоохранения), Медицинской академии и профессиональных ассоциаций, а также эксперты по отдельным специальностям. При аттестации учитывают опыт работы по специальности и прохождение курсов повышения квалификации каждые пять лет, оценивают предыдущие три года работы и результаты экзаменов. От результатов аттестации зависит уровень заработной платы. Постепенно развивается и процедура аттестации врачей общей практики, в которой участвуют представители Ассоциации групп семейных врачей.

Подготовка медицинских сестер

Профессиональная подготовка медицинских сестер в 1998 г. была усовершенствована. Теперь она включает трехгодичный курс обучения в Школе сестринского дела, в которую поступают после 11 класса средней школы. Прежде предусматривался двухгодичный курс в медицинском училище, соответствовавший уровню среднего образования. Раньше медицинских сес-

Рисунок 9. Число врачей на 1000 населения в Кыргызстане и некоторых других странах в 1980—1997 гг.



ЕС — Европейский союз

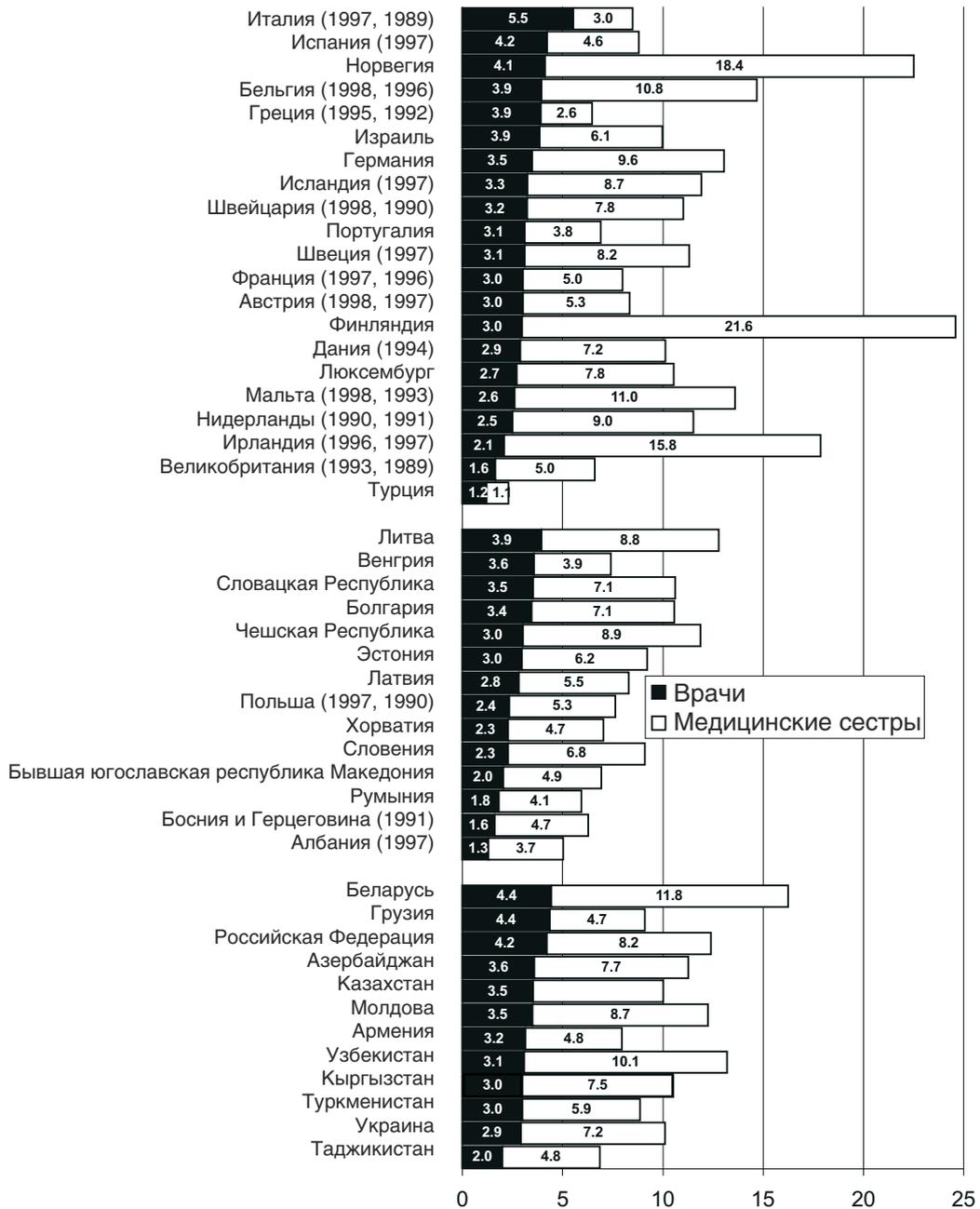
Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

тер обучали врачи, а теперь преподавателей готовят на новом факультете Медицинской академии; в 1998 г. на этот факультет были приняты 40 студентов. Переподготовкой медицинских сестер занимается Институт последипломного обучения. Ассоциация медицинских сестер Кыргызстана, входящая в Европейскую ассоциацию медицинских сестер, разработала рекомендации, регламентирующие работу медицинских сестер, которые были утверждены Министерством здравоохранения.

Общественное здравоохранение и управление здравоохранением

В Кыргызстане не хватает квалифицированных руководителей здравоохранения. В 1997 г. Медицинская академия и Международный университет Кыргызской республики совместно основали Центр подготовки менеджеров для системы здравоохранения. В 1998 г. на двухгодичных курсах, дающих диплом магистра, числилось 30 студентов первого и 40 студентов второго года обучения. В Центре проходят семинары для сотрудников Фонда обязательного медицинского страхования, руководителей здравоохранения и руководителей групп семейных врачей. В Медицинской академии планиру-

Рисунок 10. Число врачей и медицинских сестер на 1000 населения в Европейском регионе ВОЗ в 1998 г. В отсутствие данных за 1998 г. приведены самые свежие данные.



Число медицинских работников на 1000 населения

Источник: База данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ

ется разработать программу по специальности «общественное здравоохранение».

Лекарственные средства и медицинские технологии

Лекарственные средства

Кыргызстан импортирует более 90% лекарственных средств. В рамках программы развития собственной фармацевтической промышленности была построена новая биофармацевтическая фабрика (на эти цели правительство Пакистана выделило ссуду в размере 10 млн долларов США); в 1998 г. в производство были запущены девять наименований препаратов. Имеется также небольшая фабрика, производящая фитопрепараты.

В советское время монополия на ввоз и распространение лекарственных средств (через областные филиалы) принадлежала государственной компании «Кыргызфармация». В 1990-е гг. эта компания, как и ее филиалы, была преобразована в акционерное общество, принадлежащее частным акционерам. Реорганизация компании (ныне АО «Фармация») еще не завершена. В настоящее время существует пять больших оптовых и много мелких розничных фирм.

Ежегодный объем продаж «Кыргызфармации» упал со 120 млн долларов США в конце 1980-х гг. до 10 млн долларов США в 1995 г. (30). Розничные торговцы не смогли продать все свои запасы в условиях высоких цен, растущей инфляции, падения спроса, обусловленного бюджетным кризисом, и низких доходов потребителей. К апрелю 1999 г. было распродано 69% запасов лекарственных средств, имевшихся в 1997 г., и лишь 29% запасов 1998 г., так что срок годности некоторых препаратов мог истечь.

В 1996 г. была приватизирована розничная торговля лекарственными средствами; в частные руки перешли по меньшей мере 20 аптек и 550 аптечных киосков. Несколько больничных аптек остались государственными. Было выдано около 400 лицензий на распространение и розничную продажу лекарственных средств через сеть, включающую более 3 000 аптек. Лицензии выдавались при наличии соответствующих документов и планов, а также места для организации торговли.

После обретения независимости оказалось, что регламентировать качество препаратов, их виды и цены на них некому. Государственная политика в отношении лекарственных средств и план ее реализации стали разрабатываться с 1994 г. при содействии ВОЗ. В декабре 1998 г. было принято соответствующее постановление правительства.

Учрежденный в 1997 г. при Министерстве здравоохранения Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники объединил несколько департаментов и состоит из следующих подразделений: административного отдела; отделов управления в области лекарственных средств и медицинской техники; государственного контроля за качеством лекарственных средств и

медицинской техники; регистрации лекарственных средств; лицензирования; фармакологического и фармакопейного комитетов; центра информации о лекарственных средствах и расчетного отдела. Департамент отвечает за реализацию государственной политики в области лекарственных средств и медицинского оборудования, регистрацию всех производимых в стране лекарственных средств и вакцин, проверку данных об эффективности и о безопасности препаратов, организацию клинических испытаний, надзор за использованием лекарственных средств и их побочными эффектами и обеспечение качества всех лекарственных средств и вакцин.

Всемирный банк в рамках проекта реформы сектора здравоохранения выделил за четыре года (1996—2000 гг.) на лекарственные средства 6,9 млн долларов США. Эти средства были предназначены для финансирования поставок и распространения жизненно необходимых препаратов, усиление государственного регулирования в сфере лекарственных средств и повышение эффективности государственных затрат. Государство закупает препараты, соответствующие правилам производства лекарственных средств и контроля за их качеством (Good Manufacturing Practice, GMP): 1) препараты, поставляемые розничными фирмами в медицинские учреждения и населению по свободным ценам; 2) препараты, распределяемые в рамках проекта Всемирного банка (той части, которая касается первичного медицинского обслуживания), например противотуберкулезные средства.

Государственные закупки лекарственных средств вначале не были рентабельными, так как в отсутствие конкурентных заявок приобретались дорогие препараты, защищенные торговой маркой, вместо равноценных с точки зрения клинической эффективности, но более дешевых непатентованных средств. Процедура закупок лекарственных средств и медицинского оборудования была разработана в 1996 г. в рамках проекта Всемирного банка. В настоящее время лекарственные средства приобретают на конкурсной основе, в соответствии с новым Законом о государственных закупках. Благодаря децентрализации управления медицинские учреждения и областные органы власти могут сами закупать препараты, руководствуясь перечнем жизненно необходимых лекарственных средств. Разработана программа обеспечения качества лекарственных средств, приобретено современное лабораторное оборудование для тестирования препаратов. Помимо перечисленных задач проект Всемирного банка охватывал вопросы хранения, транспортировки лекарственных средств и управления их запасами.

После обретения независимости в 1991 г. система обеспечения лекарственными средствами была в значительной степени разрушена, и необходимые препараты закупались на средства иностранных инвесторов. Однако такое обеспечение не соответствовало реальным потребностям населения. Сейчас снабжение лекарственными средствами улучшилось, но они стали менее доступны из-за высоких цен, скудного бюджета медицинских учреждений и низких доходов населения (70% жителей Кыргызстана живут за чертой бедности). В 1993 г. 17% населения не могли позволить себе приобрести необходимые лекарственные средства, но уже в 1996 г. эта доля возросла до 73% (7).

Доля частных лиц в общем объеме розничных продаж в 1998 г. (520 млн сомов) составила 258 млн сомов. С учетом растущего черного рынка лекарственных средств реальные объемы продаж частным лицам гораздо больше. Лекарственные средства (даже жизненно необходимые) облагаются налогом на добавленную стоимость и таможенными пошлинами и потому стоят дорого. Завышенные цены привели к росту контрабандных поставок лекарственных средств из-за рубежа. По данным Департамента лекарственного обеспечения, в 1998 г. объем продаж на черном рынке составлял около 25% всех расходов на лекарственные средства. С учетом этих продаж в 1998 г. государственные расходы на здравоохранение (бюджетные средства, средства от платных медицинских услуг и средства Фонда обязательного медицинского страхования) возросли на 320 млн сомов, доля здравоохранения в ВВП — с 3 до 4%, а затраты частных лиц на лекарственные средства достигли почти 24% общих затрат на здравоохранение.

В советские времена при покупке лекарственных средств (за исключением некоторых распространенных препаратов) требовался рецепт от врача. Большая часть препаратов распределялась бесплатно. Амбулаторные больные (кроме некоторых льготных категорий) сами приобретали лекарства, но цены в значительной степени субсидировались государством. После 1991 г. из-за роста цен больницы зачастую уже не могли обеспечивать больных бесплатными лекарственными средствами. С тех пор как начал действовать Фонд обязательного медицинского страхования, ситуация несколько улучшилась, но теперь застрахованные больные стремятся лечь в больницу, поскольку там они получают лекарственные средства бесплатно. Чтобы решить эту проблему, Фонд обязательного медицинского страхования разрабатывает набор лекарственных средств для амбулаторных больных.

В советское время перечня жизненно необходимых препаратов не существовало, все лекарственные средства были доступными. Впервые такой перечень (из 261 наименования) был разработан согласно рекомендациям ВОЗ в 1996 г. После пересмотра в декабре 1998 г. число наименований в перечне составило 260 (в том числе 48 новых). В 1998 г. перечень жизненно необходимых лекарственных средств и справочник по лекарственным средствам были распространены по медицинским учреждениям. В настоящее время пересматривается схема льготного обеспечения препаратами: планируется уменьшить число льготных категорий больных и число полностью или частично субсидируемых препаратов, которое выходит далеко за рамки перечня жизненно необходимых лекарственных средств.

В планах Министерства здравоохранения — усовершенствовать правила выписывания рецептов. При медицинских учреждениях созданы лекарственные комиссии, а для медицинского персонала регулярно проводят учебные семинары. Министерство здравоохранения разрабатывает рекомендации по медикаментозному лечению. Для студентов Медицинской академии были изданы рекомендации по назначению лекарственных средств. Поощряется назначение непатентованных средств, опубликован и распространяется справочник по лекарственным средствам. Фонд обязательного медицинского страхования определяет перечни лекарственных

средств, которые будут покрываться страховкой, куда планируется включить только дешевые непатентованные средства из определенного набора; цены на них будут регулироваться, а некоторые препараты будут частично оплачиваться больными.

Медицинские технологии

По данным Центрального казначейства, в 1998 г. на медицинское оборудование было потрачено лишь 1,7% государственного бюджета здравоохранения. Несмотря на жесткие бюджетные ограничения, государственные больницы закупают дорогое оборудование без должной его оценки и не согласуют закупки с другими медицинскими учреждениями. В 1998 г. была разработана и передана областным органам власти программа закупок медицинского оборудования. В 1999 г. проведена инвентаризация оборудования и определен порядок закупок дорогой техники. В будущем необходимо определить, какое оборудование следует приобретать в первую очередь, разработать схему финансирования закупок и осуществлять их в соответствии с установленными правилами.

Распределение средств

Бюджет здравоохранения и распределение средств

За распределение средств по медицинским учреждениям отвечают государственные организации (Министерство здравоохранения, областные департаменты, центральные районные больницы) и Фонд обязательного медицинского страхования. Капитальные вложения финансируются из государственного бюджета. Источники финансирования (республиканский и областные бюджеты, медицинское страхование) рассмотрены ниже. Схема финансирования здравоохранения представлена на рис. 11.

Здравоохранение финансируется из бюджета разных административных уровней, а также из Фонда обязательного медицинского страхования. Выделяемые средства не всегда соответствуют предоставляемым услугам; источники финансирования в значительной мере перекрываются (это касается как отдельных типов услуг, так и отдельных категорий населения). Существенная часть (вероятно, более половины) средств поступает в виде официальных и неофициальных платежей от больных.

В Бишкеке начат эксперимент по слиянию бюджетов здравоохранения. В январе 1999 г. вместо отдельных бюджетов четырех городских районов был составлен объединенный бюджет столицы (с населением около 800 000 человек). Вопрос в том, готово ли государство пересмотреть правила использования фондов с тем, чтобы более рационально перераспределить ресурсы здравоохранения?

Государственный бюджет

Окончательное решение по поводу бюджета здравоохранения принимает Министерство финансов, а сам бюджет до сих пор составляется по схеме, введенной в советские времена. Здравоохранение финансируется из республиканского и региональных бюджетов. Первый пополняется из общегосударственных налогов. Региональные (областные и городские) бюджеты включают средства, централизованно распределяемые государством, а также местные доходы. Размеры государственного бюджета здравоохранения

зависят от нормативов, разработанных еще в советское время, таких, как материально-техническая база, численность персонала и использование ресурсов. Эти нормативы скорректированы в соответствии с имеющимися в распоряжении ресурсами и потому не являются нормативами в строгом смысле этого слова, но по-прежнему определяют распределение средств внутри системы здравоохранения. Все медицинские учреждения разрабатывают постатейные бюджетные заявки в рамках максимального предела затрат, устанавливаемого Министерством финансов, а суммируют эти заявки областные департаменты здравоохранения (с 2000 г. — комитеты). Областной департамент финансов определяет общие размеры бюджета здравоохранения, а затем (после того как Министерство финансов выделит средства) распределяет фонды по медицинским учреждениям через областные департаменты здравоохранения. Бюджет здравоохранения основывается главным образом на расходах по соответствующим статьям за прошлый год с незначительными изменениями.

Министерство здравоохранения финансирует только республиканские медицинские учреждения, санитарно-эпидемиологические службы и государственные программы в области здравоохранения. Оно не принимает непосредственного участия в составлении областных бюджетов, но на переговорах между Министерством финансов и Министерством здравоохранения устанавливаются рамки расходов на здравоохранение в масштабах всей страны.

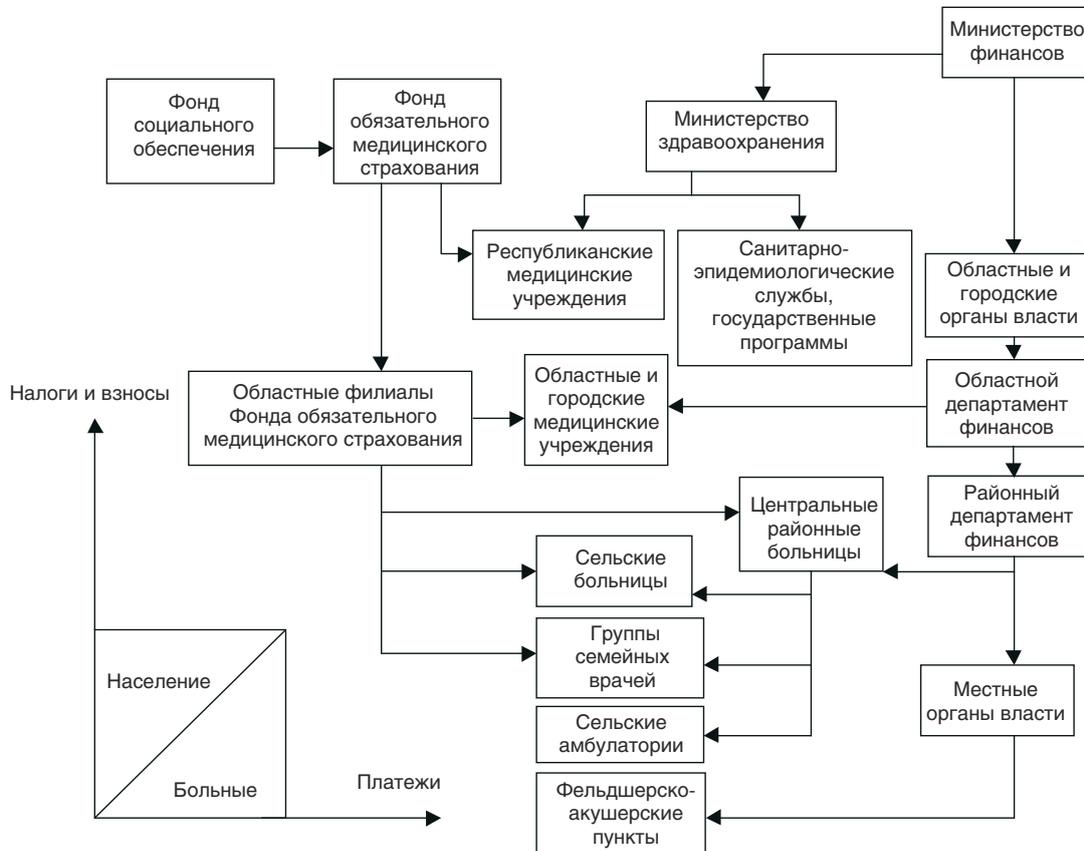
На формирование бюджета влияет и крупнейший внешний инвестор — Всемирный банк, однако поставленное им условие (сохранить затраты на здравоохранение на уровне 1994 г.) не выполняется.

Фонд обязательного медицинского страхования

Основание Фонда в 1997 г. положило начало системе двойного финансирования. Хотя Министерство здравоохранения и Фонд обязательного медицинского страхования договорились о единой системе выделения средств, Фонд был переведен под начало Министерства лишь в конце 1998 г. С этого момента Министерство здравоохранения получило возможность проводить единую политику в области реформирования и финансирования здравоохранения и контролировать уровень подготовки медицинского персонала (с помощью системы обеспечения качества медицинского обслуживания, информационных систем и системы оплаты труда). Страховые взносы собирает Фонд социального обеспечения, который управляет пенсионной системой, и передает их в Фонд обязательного медицинского страхования. До того как распределять средства, последний объединяет их на республиканском уровне и оставляет около 3% на административные расходы. Первичное медицинское обслуживание и больницы финансируются отдельно (см. ниже).

Медицинские учреждения, работающие по договорам с Фондом обязательного медицинского страхования (в основном это государственные учреждения), все еще финансируются преимущественно из государственного

Рисунок 11. Схема финансирования здравоохранения



бюджета. Средства Фонда, в отличие от бюджетных средств, не привязаны к статьям расходов. Поэтому он имеет возможность поощрять более рациональное использование ресурсов медицинскими учреждениями и контролировать их работу путем предоставления небольших, но значимых дополнительных средств.

Финансирование больниц

Финансирование больниц в значительной степени основано на таких нормативных показателях, как численность персонала и число коек, а также на расходах за предыдущий год с поправкой на инфляцию. Любые неиспользованные средства приводят к сокращению бюджета на следующий год. Бюджет включает 18 статей, причем средства, выделенные по определенной статье, нельзя использовать на другие цели. Поэтому больницы не заинтере-

сованы в более рациональном использовании ресурсов, а руководители связаны жесткими правилами. До сих пор значительная часть средств поступает из государственного бюджета по установленным схемам. В настоящее время проходит ряд экспериментов по введению новых схем финансирования больниц (см. ниже).

Фонд обязательного медицинского страхования финансирует больницы в соответствии с клиничко-затратными группами. Согласно этой сложной системе оплаты, показатель, соответствующий определенной группе заболеваний (диагнозов), умножается на единый базовый тариф и поправочный экономический коэффициент. Показатель, соответствующий определенной группе, устанавливается на основе общности входящих в эту группу заболеваний. Единый базовый тариф рассчитывают путем деления имеющихся в распоряжении финансовых средств на расчетное число госпитализаций застрахованных больных. Поправочный коэффициент учитывает ожидаемый уровень поступлений от Фонда обязательного медицинского страхования и уровень расходов. Поскольку на величину базового тарифа влияют не затраты на лечение, а размеры бюджета, Фонд не покрывает всех затрат на стационарное лечение (да пока и не планирует их покрывать). Больницы могут использовать средства Фонда для надбавок к заработной плате и приобретения лекарственных средств.

В 1997 г. Фонд заключил договоры с 13 больницами, в 1998 г. — с 50, а в 1999 г. — с 66, а всего их насчитывается 335. Фонд вынуждают заключать договоры с как можно большим количеством учреждений, хотя при этом его расходы могут стать больше доходов. Больницы, которые работают по договорам с Фондом, отбирали по ряду критериев. Так, выбранную больницу не должны были закрыть по плану реорганизации; кроме того, больница должна обслуживать достаточно большое население. Система финансирования по клиничко-затратным группам вводилась постепенно; после годовой апробации Фонд расширил первоначальный список групп с 54 до 139.

Новая схема финансирования была впервые введена в апреле 1999 г. в трех больницах Бишкека (из объединенного бюджетного фонда). Объем выделяемых средств не зависел от постоянных издержек (таких, как стоимость коммунальных услуг), капитальных затрат и амортизационных расходов, а определялся текущими затратами (на заработную плату, питание, лекарственные средства, медицинские материалы и оборудование). Областные власти, однако, не имели возможности ввести новую систему оплаты, так как по существующим ныне правилам не могли объединять местные бюджетные фонды.

Под временным руководством Фонда создана система оценки работы больниц. Два-три врача в каждой из областных служб здравоохранения анализируют данные отчетности и отбирают истории болезни для проверки. Анализ ведется по пяти показателям: смерть, применение интенсивной терапии, проведение более одной хирургической операции в течение одной госпитализации, продолжительность пребывания менее трех дней, продолжительность пребывания более 20 дней. По каждой истории болезни составляется отчет. За неэффективную работу Фонд может наложить штраф

Таблица 18. Методы оплаты труда врачей, 1999 г.

Регионы	Источник финансирования	Больницы	Специализированное амбулаторное обслуживание	Первичное медицинское обслуживание
Не участвующие в экспериментальных проектах	Государственный бюджет	Заработная плата	Заработная плата	Заработная плата
	Фонд обязательного медицинского страхования	Оплата по клинико-затратным группам	—	Выплаты группам семейных врачей за каждого застрахованного больного
Участвующие в экспериментальных проектах	Государственный бюджет	Заработная плата (в трех бишкекских больницах оплата производится по клинико-затратным группам)	Заработная плата	Выплаты группам семейных врачей за каждого зарегистрированного больного
	Фонд обязательного медицинского страхования	Оплата по клинико-затратным группам	—	Выплаты группам семейных врачей за каждого застрахованного больного

(удержать часть выплат). Поощряется также создание систем контроля за качеством медицинского обслуживания в самих медицинских учреждениях (27).

Заработная плата медицинского персонала

В государственных учреждениях врачи получают ежемесячный оклад в соответствии с государственной шкалой заработной платы, разработанной Министерством труда и социального обеспечения. Размеры заработной платы зависят от квалификации, степени административной ответственности и стажа работы. Поскольку на заработную плату не влияют ни количество, ни качество предоставленных услуг, равно как и количество больных, врачи материально не заинтересованы в том, чтобы лечение было рентабельным (хотя эффективность лечения служит показателем высокой квалификации и добросовестного отношения к работе). В настоящее время принципы оплаты труда врачей пересматриваются с учетом различий между отдельными специальностями и между областями. Методы оплаты труда врачей (данные за апрель 1999 г.) приведены в табл. 18. Вместе с тем многие врачи получают дополнительный доход в виде взяток от больных.

Врачи в больницах и специалисты в поликлиниках получают оклад в соответствии с государственной шкалой заработной платы. Больницы, работающие по договорам с Фондом обязательного медицинского страхования, могут выплачивать премии. В поликлиниках планируется перейти к новой системе оплаты труда специалистов, в соответствии с предоставленными услугами (по преискуранту).

В сфере первичного медицинского обслуживания существуют несколько методов оплаты. Во-первых, в районах, не участвующих в экспериментальных программах, врачи общей практики получают оклад (таких врачей большинство). Во-вторых, группы семейных врачей, работающие в рамках экспериментальных проектов (например, в Иссык-Кульской области), получают плату за каждого зарегистрированного больного из областных бюджетов. В-третьих, начиная с 1998 г. группы семейных врачей, работающие по договорам с Фондом обязательного медицинского страхования, получают от него средства в расчете на душу населения (хотя большая часть их заработной платы по-прежнему поступает из областного бюджета). Размеры оплаты определяются не количеством зарегистрированных застрахованных больных, а численностью населения и его структурой (застрахованные, пенсионеры, зарегистрированные безработные и работающие граждане). Оплата не зависит от принадлежности больного к группе риска. Установленные Фондом размеры оплаты утверждает Координационный комитет по внедрению реформ здравоохранения. Эти средства предназначены для покупки необходимого медицинского оборудования (55%), лекарственных средств (10%) и заработной платы персоналу (35%).

Подобная система оплаты не соответствует модели полного распоряжения фондами, при которой врач покрывает стоимость всех необходимых больному услуг. Переход к модели частичного распоряжения фондами (когда семейные врачи оплачивают специализированное амбулаторное обслуживание) был отложен до тех пор, пока не будут завершены нынешние реформы здравоохранения.

Реформы здравоохранения

Цели и задачи

С о времени обретения независимости в августе 1991 г. Кыргызстан переживает период перехода от командно-административной системы управления в экономике и политике к более демократичным методам, основанным на идеологическом и политическом многообразии и ориентированным на рыночные отношения. Распад СССР привел к тяжелым социальным и экономическим потрясениям. С 1990 по 1995 г. ВВП сократился наполовину; 70% населения живут за чертой бедности. Тяжелое состояние экономики и бюджетный кризис в значительной мере подтолкнули здравоохранение к реформам, которые служат частью более широкого круга реформ в государственном секторе. Прежняя система государственного управления была не в силах справиться с новыми задачами. Внедрение новых систем финансирования и управления сталкивается с трудностями, которые препятствуют успешной реализации реформ здравоохранения (26). Ниже приведены задачи, которые необходимо решить:

- ухудшение здоровья населения;
- нестабильный уровень затрат на здравоохранение;
- жесткие, основанные на устаревших нормативах механизмы финансирования;
- избыточное число больниц и больничных коек;
- низкие доходы населения, не позволяющие приобретать необходимые лекарственные средства;
- увеличение и без того высоких неофициальных платежей больных;
- неэффективная организация медицинского обслуживания;
- избыток медицинских кадров;
- низкий уровень заработной платы медицинского персонала и отсутствие интереса к работе;
- устаревшие знания и низкая квалификация медицинских работников;
- устаревшие схемы лечения.

Проведение реформ

Программа реформирования здравоохранения «МАНАС» предусматривает три этапа. На первом, краткосрочном, этапе (1996—1997 гг.) намечалось сохранить основные характеристики прежней системы здравоохранения, такие, как государственная собственность на медицинские учреждения и использование налогов в качестве основного источника финансирования. Медицинское страхование должно было играть вспомогательную роль. Кроме того, предполагалось преобразовать структуру медицинских учреждений: объединить специализированные учреждения с больницами общего профиля, уменьшить число медицинских учреждений и численность персонала, развивать первичное медицинское обслуживание. На среднесрочном этапе (1998—2000 гг.) продолжалась реорганизация медицинских учреждений и вводились новые механизмы финансирования. В задачи долгосрочного этапа (2001—2006 гг.) входило повысить эффективность и рентабельность медицинского обслуживания, четко разграничить поставщиков и покупателей медицинских услуг, предоставить больницам самостоятельность. Кыргызстан первым из республик Средней Азии разработал план реформирования здравоохранения. Однако выполнить намеченное оказалось труднее, поскольку Министерство здравоохранения не обладало достаточными полномочиями. Основные успехи и неудачи в выполнении этого грандиозного десятилетнего плана обобщены ниже.

Фонд обязательного медицинского страхования был основан в 1997 г., а в 1999 г. медицинским страхованием было охвачено около трети населения. Однако в условиях экономического кризиса Фонд сумел получить лишь 30% ожидаемых средств, и его доля в бюджете здравоохранения составила в 1998 г. лишь 4,3%. Несмотря на столь незначительную финансовую роль, Фонд внедрил новые, более гибкие методы финансирования, при которых оплата зависит от предоставляемых услуг. Теоретически Фонд мог бы взять на себя функции единого покупателя медицинских услуг и распределять бюджетные средства.

Были внедрены новые методы управления здравоохранением, несмотря на нехватку умелых руководителей, хорошо знакомых с навыками составления бюджета и обладающих техническими знаниями. Реформы показали, что подготовка персонала — и руководителей, и рядовых работников — имеет важнейшее значение. В областях, где проходят экспериментальные проекты, разрабатываются информационные системы для обработки клинических и финансовых данных. Пересматриваются методы расчета показателей здоровья населения — их необходимо привести в соответствие с международными стандартами. Фонд обязательного медицинского страхования явился инициатором внедрения новых схем финансирования: на душу населения (в соответствии с областными формулами расчета) для групп семейных врачей и на основе клинико-затратных групп для больниц. Разработаны системы лицензирования и аккредитации (чтобы заключить договор с Фондом, медицинское учреждение должно получить аккредитацию).

Первоочередной задачей остается развитие первичного медицинского обслуживания. В городах организованы объединенные (интегрированные) поликлиники. Опыт групповой врачебной практики, опробованный в Иссык-Кульской области, распространен на всю страну. К концу 1999 г. в Кыргызстане было зарегистрировано 789 групп семейных врачей; такие группы существуют во всех областях. Ведется подготовка семейных врачей.

Вместе с тем в системе больниц заметных изменений не произошло, хотя с 1991 по 1997 г. число коек сократилось на 20%. Были закрыты некоторые сельские больницы, но ни республиканских, ни специализированных больниц сокращения не коснулись. Более того, в 1990-е гг. число больниц даже возросло; по этому показателю Кыргызстан опережает большинство стран бывшего СССР.

Проведена реорганизация фармацевтического сектора; особое внимание уделено жизненно необходимым препаратам. Реформы в этой сфере включают принятие новых законов, приватизацию оптовой и розничной торговли лекарственными средствами, государственное регулирование фармацевтического сектора, распространение информации о лекарственных средствах, поощрение более рационального назначения препаратов.

Медицинские учебные заведения теперь готовят не только врачей-специалистов, но и врачей общей практики. На очереди — решение таких вопросов, как подбор кадров, пересмотр порядка продвижения по службе и должностных инструкций, оценка эффективности работы персонала, контроль за качеством работы.

Основной набор медицинских услуг пока не определен. Согласно одному из предложений, бесплатными должны быть только некоторые услуги, предоставляемые группами семейных врачей зарегистрированным больным. Государственная политика в отношении платных услуг тоже пока не ясна. Предлагается ввести частичную оплату по фиксированным тарифам за посещение врача и госпитализацию. Другие реформы здравоохранения включают разработку рекомендаций по лечению и критериев госпитализации, определение нагрузки на персонал, улучшение управления в сфере аптек.

Последовательное проведение преобразований стало возможно под руководством бывшего министра здравоохранения (ныне государственного секретаря) Н. Касиева. Программа реформ «МАНАС», проводимая Министерством здравоохранения и нынешним министром здравоохранения профессором Т. Мейманалиевым, продолжила политику реформ. Политическое согласие и преемственность благоприятно сказываются на здравоохранении Кыргызстана.

Здоровье для всех

В 1993 г. для выработки государственной политики здравоохранения была учреждена комиссия, возглавляемая заместителем премьер-министра. В работе комиссии участвуют Министерство здравоохранения, Министерство финансов, Министерство экономики, Министерство образования, Государственный комитет по охране окружающей среды, научно-исследователь-

ские институты акушерства и гинекологии, онкологии и радиологии, кардиологии, а также Федерация профсоюзов. Комиссия разработала и представила на коллегии Министерства здравоохранения предварительный вариант документа, в котором сформулирована политика здравоохранения. В 1994 г. был утвержден окончательный вариант документа. В нем представлены пять первоочередных направлений работы, распределенных по 13 программам: семья, охрана здоровья матери и ребенка, охрана окружающей среды, обеспечение безопасности питьевой воды и пропаганда здорового образа жизни. Цели были определены в виде показателей, которых надлежит достичь за 1994—2000 гг. (хотя многие из них слишком грандиозны, чтобы их можно было воплотить в жизнь). Эта политика в настоящее время пересматривается в соответствии с программой ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке».

Заключение

Кыргызстан взялся за реформы здравоохранения в 1990-е гг., в суровых экономических и социальных условиях и при существенной поддержке международных организаций. Необходимо было преобразовать жесткую, централизованно финансируемую и управляемую систему здравоохранения, сократить избыточные мощности и развивать первичное медицинское обслуживание. В этом отношении Кыргызстан опередил остальные республики Средней Азии. Достигнуты значительные успехи, но сделать предстоит еще многое. Некоторые преобразования опробованы только в рамках экспериментальных проектов, и пока не ясно, можно ли распространить их на всю страну, и будут ли они работать в реальных структурных и финансовых условиях, а не только при поддержке из внешних источников. На первый план выходят четыре основных задачи: приведение затрат в соответствие с потребностями, реорганизация больниц, усиление системы первичного медицинского обслуживания и восстановление общедоступности медицинской помощи.

Структура государственных затрат не отвечает нуждам населения и официальной политике государства в области здравоохранения. Больничный сектор, вопреки планам реорганизации, продолжал расти. Несмотря на официальные заявления, средства не были перераспределены в пользу первичного медицинского обслуживания. Нынешняя структура затрат не позволяет решать такие задачи, как пропаганда здорового образа жизни и улучшение здоровья детей в бедных семьях. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний продолжает расти, равно как и распространенность инфекций, таких, как туберкулез и сифилис. Преобразовать стационарное обслуживание оказалось непросто. Кыргызстан, как и другие страны бывшего СССР, имел широкую сеть больниц, которая в значительной степени сохранилась в прежнем виде. Чтобы изменить эту систему, необходимы согласованные усилия, но сохранение устаревших методов финансирования способствует ее расширению. Раздробленная административная структура приводит к дублированию финансирования и медицинских служб, препятствует введению планирования, основанного на численности населения. Медицинских работников готовят таким образом, что они полагаются на специалистов, работающих в стационаре. Правительство до сих пор не смогло реа-

лизовать запланированное сокращение больничных бюджетов и установить пределы численности больничных коек.

Значительные усилия были приложены в сфере первичного медицинского обслуживания. Произошло объединение поликлиник в городах. Медицинские высшие учебные заведения теперь готовят врачей общей практики и проводят переподготовку участковых врачей. Распространяется групповая врачебная практика, которая отчасти финансируется из расчета на душу населения. Однако переподготовка врачей в области общей практики занимает много времени.

Общедоступность медицинского обслуживания была одной из основных черт советской системы здравоохранения. Теперь больным все чаще приходится официально платить за медицинские услуги (включая лекарственные средства) либо поощрять врачей взятками. Расходы частных лиц теперь занимают, вероятно, ведущее место в расходах на здравоохранение. В результате медицинская помощь становится недоступной малообеспеченным слоям населения, а государственное планирование и регулирование в сфере здравоохранения значительно затрудняется.

Кыргызстан располагает значительными природными и людскими ресурсами, богатыми культурными традициями и достаточно мощным сельскохозяйственным сектором. Страна с оптимизмом смотрит в будущее, надеясь привести свою обширную систему здравоохранения в соответствие с потребностями населения и финансовыми возможностями.

Библиография

1. Abel–Smith, B. & Falkingham, J. *Financing health services in Kyrgyzstan: the extent of private payment*. LSE Health Working Paper, London School of Economics, 1995.
2. Ackland, R. & Falkingham, J. *A profile of poverty in Kyrgyzstan*. B: Falkingham, J. et al. (eds.). *Household Welfare in Central Asia*. Basingstoke, Macmillan Press, 1997.
3. Adams, O., Apfel, F., Gedik, G. et al. *Report on the implementation of health care reforms in Kyrgyzstan May–November 1998*. Copenhagen, WHO Europe and MANAS Copenhagen, May 1999.
4. Adams, O., Gedik, G., Kutsin, J. ET.AL. *Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan July 1996—April 1997*. Copenhagen, WHO Europe and MANAS, 1997.
5. Bobadilla, J.L., Costello, C.A. & Mitchel, F. *Premature deaths in the New Independent States*. Washington, National Academy Press, 1997.
6. Factbook, C. I. A. W. (на сайте ЦРУ (Central Intelligence Agency), содержащем карты и статистические данные), <http://www.odci.gov/cia/publications/factbook/index.htm>, 1998.
7. Falkingham, J. *Barriers to access. The growth of private payments for health care in Kyrgyzstan*. Eurohealth Vol. 4, No. 6, Special Issue Winter (1998/99).
8. Falkingham, J. *Poverty, out-of-pocket payments and inequality in access to health care: evidence from Tajikistan*. Social Science and Medicine 2000.
9. Falkingham, J. *Welfare in transition: trends in poverty and well-being in Central Asia*. CASE paper 20, Centre for Analysis of Social Exclusion, London School of Economics. 1999.
10. Feachem, Z., Hensher, M. & Rose, L. *Implementing Health Sector Reform in Central Asia: papers from a health policy seminar held in Ashgabat, Turkmenistan, June 1996*. EDI Learning Resources Series, World Bank, Washington DC, 1998.
11. Gedik, G., Kutsin, J. *Report on the implementation of health care reforms in Kyrgyzstan December 1997—April 1998*. Copenhagen, WHO Europe and MANAS, June 1998.
12. Husskey, E. *The growth of political participation in Kazakhstan*. B: Dawisha, K. & Parrot, B. (eds.). *Conflict, Cleavage, and Change in Central Asia and the Caucasus*. Cambridge UK, Cambridge University Press, 1997.
13. International Monetary Fund. *Kyrgyz Republic: recent economic developments*. IMF Staff Country report N. 99/31, Washington DC. IMF, 1999.

14. Kasiev, N. S. *The rationalisation of health care infrastructure in the Kyrgyz Republic: Papers for a health policy seminar held in Ashgabat, Turkmenistan, June 1996*. Washington DC. The World Bank, 1999.
15. Klugman, H. & Schieber, G. *A survey of health reform in Central Asia. Implementing Health Sector Reform in Central Asia*. Economic Development Institute of the World Bank, Washington DC, World Bank, 1999.
16. Kutzin, J. *Analysis of Kyrgyz health expenditures*. Unpublished paper, 1999.
17. Lines, T. *Public Services Trade Unions in Central Asia: Fact-finding Mission on Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan April–July 1995*, Public Services International, Geneva 1995.
18. McKee, M., Figueras, J. & Chenet, L. *Health sector reform in the former Soviet republics of Central Asia*. International Journal of Health Planning and Management 13: 131–147 (1998).
19. Ministry of Health, *MANAS national programme on health care reforms, 1996–2006*. Ministry of Health, Kyrgyz Republic, Bishkek, 1996.
20. Ministry of Health & Ministry of Environment. *National environmental health action plan of the Kyrgyz republic*. Kyrgyz Republic, Bishkek, 1997.
21. Ministry of Health Medical Information Centre. *Health of the population in Kyrgyzstan and the work of the health care services in 1997*, Bishkek, Ministry of Health, 1998.
22. Rashid, A. *The resurgence of Central Asia: Islam or nationalism*. London, Zed Books, 1994.
23. Research Institute of Obstetrics and Pediatrics & Macro International Inc. *Kyrgyz Republic demographic and health survey 1997*. Calverton, Maryland, Ministry of Health of the Kyrgyz Republic and Macro International, 1998.
24. Savas, B, Gedik, G., Kutzin, J. et al. *Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan May–November 1997*. Copenhagen, WHO Europe and MANAS, January 1998.
25. Street, A. & Haycock, J. *The economic consequences of reorganising hospital services in Bishkek, Kyrgyzstan*. Health Economics 8: 53–64, 1999.
26. UNAIDS. *UN-facilitated response to HIV/AIDS, STD and drug abuse in central Asian countries (Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan) 1996–7*. Almaty Kazakhstan. UNAIDS, 1999.
27. United Nations Development Programme, *Kyrgyzstan National Human Development Report*. UNDP & Kyrgyz Republic, Bishkek, 1998. <http://www.undp.bishkek.su/publ/hdre98.htm>
28. WHO Europe and MANAS. *A Health Care Reform Programme of Kyrgyzstan: Health Care Policies and Systems Programme*, WHO Europe and MANAS, Copenhagen, November 1997.
29. World Bank, *Profile of Human Development Sector Activities of the World Bank in Europe and Central Asia Region*. Human Development Sector Unit, Washington, World Bank, 1998.
30. World Bank. *Project appraisal document: Tajikistan primary health care project*. Washington, DC, World Bank, 1999.

31. World Bank. *Staff appraisal report: Kyrgyz Republic health sector reform project*. Washington, DC, World Bank, 1996.

32. Yamabana, H. *Preliminary actuarial analysis of the mandatory health insurance fund*. ILO & MANAS, November 1998 (unpublished report).

Приложение

Достижения и законодательная база реформ

- 1990 г. Об улучшении санитарного просвещения населения и пропаганде здорового образа жизни в Кыргызской республике.
- Август 1991 г. Провозглашение независимости Кыргызской республики.
- Июнь 1992 г. Закон «Об охране здоровья» определил правовую основу здравоохранения, функции и обязанности различных государственных организаций в сфере здравоохранения. Закон о медицинском страховании обеспечил основу для финансирования системы здравоохранения через медицинское страхование (обязательное и добровольное). Закон «Об улучшении санитарных условий» ссылается на Статью 35 Конституции, которая гарантирует право населения на улучшение санитарных условий и безопасность окружающей среды. Ответственность за его выполнение была возложена на Департамент санитарно-эпидемиологического надзора при Министерстве здравоохранения.
- 1993 г. Официальное введение платных медицинских услуг.
- 1994 г. Принятие программы «Здоровье для всех».
- Март 1994 г. Меморандум понимания между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Кыргызстана в организации программы реформирования здравоохранения «МАНАС». Управление международного развития США финансирует эксперимент по введению медицинского страхования в Иссык-Кульской области.
- Август 1994 г. Правительство разработало и утвердило государственную политику здравоохранения.

- 1995—1996 гг. Преобразование системы первичного медицинского обслуживания в Иссык-Кульской области:
— создание 83 групп семейных врачей;
— ремонт зданий, в которых базируются эти группы;
— обеспечение таких групп основным оборудованием;
— распространение групповой врачебной практики по стране.
- Июнь 1996 г. Правительство одобрило программу реформирования здравоохранения «МАНАС».
- 1996 г. Группы семейных врачей в Иссык-Кульской области начали регистрацию больных.
- 1996 г. Объединение поликлиник в интегрированные учреждения (в городах).
- 1996 г. Разработка и утверждение перечня жизненно необходимых лекарственных средств.
- Ноябрь 1996 г. Всемирный банк начал финансировать проект реформы сектора здравоохранения (1996—2000 гг.) на примере Бишкека и Чуйской области.
- Январь 1997 г. Введение обязательного медицинского страхования.
- Апрель 1996 г. Соглашение между Министерством здравоохранения, Всемирным банком и Фондом обязательного медицинского страхования о реформировании системы здравоохранения.
- Весна 1997 г. Начало лицензирования и аккредитации; учреждены Ассоциация групп семейных врачей и Ассоциация больниц.
- Июль 1997 г. Фонд обязательного медицинского страхования ввел систему оплаты по клиническим группам.
- Июль 1997 г. Чуйская область и Бишкек выбраны в качестве базы экспериментального введения новой информационной системы и системы финансирования в сфере первичного медицинского обслуживания.
- Декабрь 1997 г. Тринадцать больниц заключили договоры с Фондом обязательного медицинского страхования, и еще 50 подали заявки на 1998 г.
- 1997—1998 гг. Развертывание реформ первичного медицинского обслуживания в Чуйской, Джалал-Абадской и Ошской областях, а также в Бишкеке.
Проведение программы реорганизации больниц в Бишкеке и областях.

- Июнь 1998 г. Введение модели частичного распоряжения фондами в 14 группах семейных врачей в городе Караколе Иссык-Кульской области.
- Декабрь 1998 г. Утверждение государственной политики в сфере лекарственных средств; пересмотр перечня жизненно необходимых лекарственных средств.
- Декабрь 1998 г. Фонд обязательного медицинского страхования переводится под начало Министерства здравоохранения.
- Ноябрь 1998—март 1999 г. Группы семейных врачей в Чуйской области и Бишкеке начинают регистрировать больных.
- Январь 1999 г. Объединение районных бюджетов здравоохранения Бишкека и введение в группах семейных врачей системы оплаты за каждого зарегистрированного больного.
- Апрель 1999 г. Примерно 55 больниц и 290 групп общей врачебной практики заключили договоры с Фондом обязательного медицинского страхования.
- Апрель 1999 г. Введение в больницах Бишкека бюджетной оплаты по клиническим группам.
- 1999 г. Пересмотр и уточнение программы «Здоровье для всех».