

УДК 364.26

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КАЧЕСТВО  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Жапарова Дамира**, доцент, кандидат экономических наук <damirajaparova@mail.ru>  
**Байгонушова Дамира**, PhD <arimad07@mail.ru>  
Кыргызско-Турецкий университет «Манас», факультет «Экономика и управление»

**ECONOMIC FACTORS AFFECTING THE QUALITY  
OF MEDICAL SERVICES IN KYRGYZSTAN**

Assistant Professor, PhD **Damira Japarova** <damirajaparova@mail.ru>  
PhD **Damira Baygonushova** <arimad07@mail.ru>  
Kyrgyz-Turkish University «Manas», the Faculty of Economics and Management

**Аннотация**

В статье дан анализ факторов, влияющих на качество медицинских услуг в Кыргызстане. Используются статистические данные, метод опроса и интервью с врачами, подтверждающие, что государственные медицинские учреждения страны находятся в критическом состоянии. Определены факторы, негативно влияющие на качество медицинских услуг, среди них: недостаточное финансирование, нехватка специалистов, отсутствие современной технологии. Приведен сравнительный анализ стационарного и амбулаторного уровней лечения. Даны предложения по повышению качества медицинских услуг.

**Ключевые слова:** здравоохранение, медицинские услуги, стационарный уровень лечения, амбулаторный уровень лечения.

**Abstract**

The paper is dedicated to the analysis and identification of factors affecting the quality of medical services in Kyrgyzstan. Statistical data, survey data and interviews with doctors confirm that the public health institutions in the country are in critical condition. These data also indicate the existence of a number of factors negatively affecting the quality of health services, such as underfunding, lack of specialists, lack of modern technologies. In addition, a comparative analysis of hospital and outpatient treatment is done.

**Keywords:** health care, medical services, hospital treatment, outpatient treatment.

**Введение**

Здоровье отдельного члена общества определяет состояние здоровья нации в целом. Здоровая нация является залогом развития экономики и культуры страны. Следовательно, развитие здравоохранения, его доступность и качество должны стать первоочередной задачей государства [1]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения: «Здоровье – это состояние, характеризующее не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и полное физическое, умственное и социальное благополучие» [2].

Это повышает ответственность за сохранение собственного здоровья граждан. В развитых странах государство является организатором современной системы здравоохранения. Главным показателем развития здравоохранения является не только восстановление здоровья, но и профилактическая работа для снижения рисков заболевания.

В Кыргызской Республике, как и во многих странах мира, организатором системы здравоохранения является государство. По данным Национального статистического комитета Кыргызской Республики, в сфере здравоохранения на территории Кыргызстана в 1991 г., то есть в первые годы суверенитета, существовало 331 больничное, 618 врачебных учреждений, 994 фельдшерско-акушерских пункта, 105 станций скорой медицинской помощи и три дома ребенка. После ряда реформ системы здравоохранения на сегодняшний день существуют 182 больничных, 172 врачебных учреждения (65 из врачебных учреждений являются центрами семейной медицины, в которых ведут работу 279 групп семейных врачей, а также 18 врачебных учреждений – самостоятельные группы семейных врачей (ГСВ), то есть юридические лица), 1020 фельдшерско-акушерских пунктов, 128 станций скорой медицинской помощи и четыре дома ребенка. Также можно наблюдать сокращение персонала в данной сфере: число врачей с высшим образованием и среднего медицинского персонала в 2014 г. составило 13 539 и 33 830 человек соответственно, тогда как в 1991 г. эти показатели были соответственно 15 717 и 46 403 человека. Число больничных коек тоже сократилось с 41 034 до 27 561 за этот же период. Причинами снижения данных показателей являются:

сокращение государственных расходов, что также означало спад в государственных расходах на здравоохранение;

увеличение стоимости ключевых товаров и услуг, необходимых для обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, например, таких как медикаменты и электроэнергия. Таким образом, система здравоохранения была вынуждена функционировать с меньшим количеством денег при возросших ценах;

внешняя миграция или уход с места работы врачей в связи с низкой заработной платой;

избыточность мощностей, унаследованная от старой системы, особенно на стационарном уровне. Хотя метод финансирования поставщиков медицинских услуг, обусловленный исходными нормативами (например, количество коек), поощрял расширение физических мощностей, в целях экономии финансовых средств пришлось сократить избыточную мощность и т. д.

На фоне таких негативных изменений образовался ряд следующих проблем:

«неформальные платежи»;

недостаток врачей-специалистов в Бишкеке, не говоря о регионах;

нехватка или даже отсутствие современной технологии и т. д.

После реформ, начатых в 2002 г., система была разделена на два звена: первичная медико-санитарная помощь и стационарная помощь. С целью изучения проблем данных звеньев был проведен опрос среди обратившихся к данным медицинским учреждениям граждан, а также врачей.

### **Сравнительный анализ качества оказания первичной медико-санитарной и стационарной помощи**

В республике в первичном медико-санитарном звене функционируют 64 центра семейной медицины (ЦСМ), 28 центров общей врачебной практики (ЦОВП), где работает 691 ГСВ. Количество посещений врачей составляет 19 млн. в год. Базовая программа обязательного медицинского страхования включает первичную медико-санитарную помощь, профилактику и услуги скорой помощи. Показатели качества медицинских услуг на первичном уровне, дефекты лечения составили 46,4%. Анализ качества оказания стационарной помощи в Кыргызстане выявил в I квартале 2014 г. 1375 дефектных случаев. Из них дефекты лечения составляют 44,2%. Если сравнить с показателями развитых стран (табл. 1), то качество медицинских услуг в Кыргызской Республике очень низкое, чуть ли не каждый второй больной помимо основной болезни страдает и от врачебных ошибок. Попытаемся выяснить причины низкого качества медицинской помощи, анализируя анкетные данные опроса, проведенного среди пациентов больниц и амбулаторий по всей республике в 2014 г.

Самую большую часть опрошенных по социальной категории составили работающее/активное население и домохозяйки (табл. 2).

Таблица 1 – Частота дефектов в здравоохранении «в мировом масштабе» [4]

	Авторы, год публикации	Год исслед.	Число пациентов	Частота дефектов
Гарвардская медицинская практика	Brennan T.A, Leape L.L и соавт., 1991	1984	30195	27,6
Юта-Колорадо (США)	Thomas и соавт.; 2000	1992	14052	2,9
Качество здравоохранения в Австралии	Wilson и соавт.; 1995	1992	14179	16,6
Новая Зеландия	Davis и соавт.; 2002	1998	6579	11,2
Великобритания	Vincent и соавт.; 2001	1999	1014	10,8
Канада	Baker и соавт.; 2004	2002	3745	7,5
Франция	Michel и соавт.; 2007	2004	8754	6,6
Великобритания	Sari и соавт.; 2007	2004	1006	8,7
Испания	Aranaz-Andre и соавт.; 2008	2005	5624	8,4
Нидерланды	Zegres и соавт.; 2009	2006	7926	5,7
Швеция	Soop и соавт.; 2009	2006	1967	12,3

Таблица 2 – Социальные категории опрошенных (%)

	Поликлиника	Стационар
Рабочий	34,5	25,4
Работающий пенсионер	8	4,4
Студент	10,2	9,8
Инвалид	3,2	3,7
Безработный	7	10,3
Домохозяйка	24,9	25,4
Временно неработающий	4,5	7,1
Неработающий пенсионер	7,8	13,9
<b>Общее количество</b>	<b>374</b>	<b>409</b>

И большинство обратившихся за медицинской помощью, особенно в стационары, имеют доход ниже 10 тыс. сом. в месяц. Лишь 4,5% из 358 человек, обратившихся в поликлинику, и только 2,9% из 380 обратившихся в стационары, имеют доход выше 25 тыс. сом. (табл. 3).

В стационары в основном обращаются больные, находящиеся в тяжелом состоянии, несмотря на это, 16,5% из 399 человек, опрошенных в стационаре, отметили, что они были вынуждены ждать приема в больницу 2 часа и более. А в поликлинике этот показатель оказался меньше на 10% (табл. 4). С одной стороны, такая ситуация связана с перегрузкой больниц, из-за нехватки коек в стационарах средняя пребываемость в них больных

сократилась до 9 дней, тогда как в 1990-е гг. она составляла 15 дней. Другой причиной можно назвать необоснованную госпитализацию, количество необоснованных госпитализаций в I квартале 2014 г. составило 23,4%, за что были применены финансовые санкции на общую сумму 1150,1 тыс. сом.

Таблица 3 – Доходы (%)

	Поликлиника а	Стационар
Ниже 10 тыс.	75,7	83,7
10-25 тыс.	19,8	13,4
25 тыс. и выше	4,5	2,9
<b>Общее количество</b>	<b>358</b>	<b>380</b>

Таблица 4 – Время ожидания (%)

	Поликлиника	Стационар
Меньше часа	79	73,4
1-2 часа	14,4	10
2 часа и более	6,5	16,5
<b>Общее количество</b>	<b>367</b>	<b>399</b>

Тем не менее общее мнение пациентов по отношению к медицинскому персоналу и к качеству лечения положительное. По итогам шести месяцев 2016 г. количество анкет в базе данных ФОМС по изучению удовлетворённости пациента качеством предоставляемых услуг на амбулаторном уровне и в стационарах составило 2381, в том числе в стационарах республики 1191 (52,2%) и ЦСМ/ЦОВП – 1190 (52,1%). Итоги анализа отражены на рис. 1.

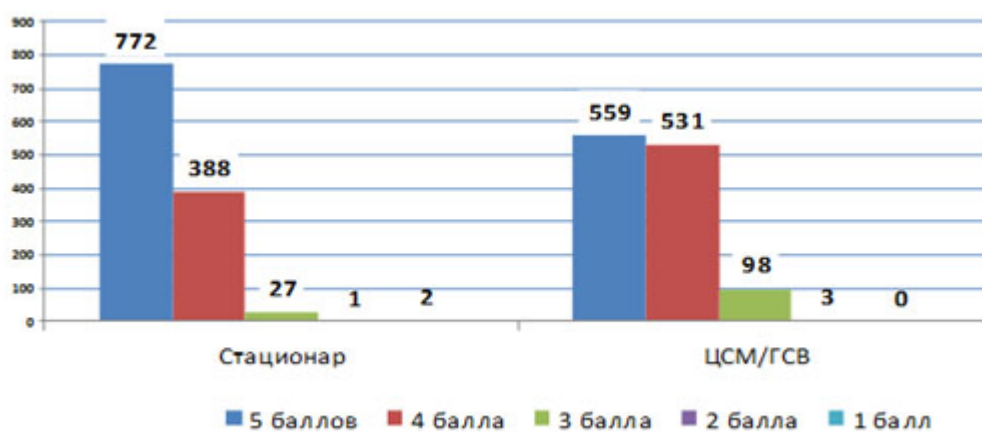


Рис. 1. Оценка удовлетворённости пациента

Источник: [www.foms.kg](http://www.foms.kg)

Итоги анкетных данных сведены в табл. 5.

Помимо вопроса «Удовлетворяют ли услуги врача?» был задан и вопрос: «Если нет, то укажите причину», на что респонденты ответили следующим образом (табл. 6).

Несмотря на то, что большинство обратившихся пациентов удовлетворено услугами врачей, среди них немало пациентов, которые отметили недостаток внимания и излишнюю поспешность врачей, особенно в поликлиниках.

Также можно отметить неинформированность пациентов о перечне бесплатных услуг, особенно среди обратившихся в поликлиники. Например, 67,8% из 373 пациентов амбулаторного, 38,9% из 410 пациентов стационарного уровня отметили, что они не знают

перечень бесплатных услуг (табл. 7). То же самое можно сказать о перечне бесплатных или льготных медикаментов. Такая ситуация тоже создает условия для неформальных платежей.

Таблица 5 – Оценка услуг персонала и учреждения (%)

Удовлетворяют ли услуги врача?	Поликлиника	Стационар
Да	63,5	86,6
Нет	10,4	3,4
Среднее	26,1	10
<b>Общее количество</b>	<b>375</b>	<b>410</b>
Удовлетворяет ли анализы и лечение?		
Да	71,7	89,4
Нет	28,3	10,6
<b>Общее количество</b>	<b>374</b>	<b>407</b>
Как вы оцениваете поликлинику/отделение в целом?		
Отлично	-	29,2
Хорошо	34,1	55
Удовлетворительно	55,3	14,4
Плохо	10,6	1,5
<b>Общее количество</b>	<b>367</b>	<b>411</b>
Как вы оцениваете работу медсестер?		
Очень хорошо	15,8	32,1
Хорошо	46,9	54
Удовлетворительно	33	12,2
Плохо	4,4	1,7
<b>Общее количество</b>	<b>367</b>	<b>411</b>
Как изменилось Ваше здоровье?		
Улучшилось	64,2	86,1
Не изменилось	33,7	13
Ухудшилось	2,1	1
<b>Общее количество</b>	<b>374</b>	<b>409</b>

Таблица 6 – Причины неудовлетворенности услугами врачей (%)

	Поликлиника	Стационар
Нет претензий	37,6	74,3
Недостаточное внимание	34,9	13
Излишняя поспешность	18,2	7,1
Другие причины	9,3	5,6
<b>Общее количество</b>	<b>335</b>	<b>408</b>

Таблица 7 – Ответы на вопрос «Знаете перечень бесплатных услуг?» (%)

	Поликлиника	Стационар
Да	32,2	61,1
Нет	67,8	38,9
<b>Общее количество</b>	<b>373</b>	<b>410</b>

Анализируя данные стационара и поликлиник, видим, что показатели амбулаторного уровня намного ниже стационарного. В чем причина? В незаинтересованности врача в выздоровлении пациента, плохой материально-технической базе или же отсутствии денежной мотивации? Как известно, заработная плата врачам поликлиник начисляется в основном за количество приписанного по месту жительства населения, а не за пролеченный случай, или за количество принятых пациентов. Материально-техническая база поликлиник также находится в худшем состоянии, чем в стационарах.

### **Анализ анкетных данных, а также интервью с медицинским персоналом**

В ходе анкетирования 61,8% врачей отметили отсутствие материального стимула в повышении качества труда, 93% врачей не устраивает их заработная плата. На первом месте среди причин низкого качества лечения стоит отсутствие современной технологии лечения. Во многих стационарах, особенно в регионах, невозможно сделать даже развернутый общий анализ крови или рентген. В ходе анкетирования мы были свидетелями того, что врачи больниц и поликлиник, особенно в регионах, вместо лечения больных были заняты ремонтом помещений лечебного учреждения на свои средства, поскольку ожидали комиссию по аккредитации лечебного учреждения (Чуйская область, г. Токмок).

Вторая причина, по мнению врачей, состоит в невозможности использовать собственные методики лечения. Врачи считают, что устаревшие клинические протоколы (2008 г.) ограничивают лечение. В целях экономии средств, по нормативу заложены относительно дешевые лекарства, которые не дают нужного эффекта. В то же время отказ от клинического протокола грозит штрафом.

Таким образом, ограничения ведут к некачественному лечению, и болезнь приобретает хроническую форму. Проверенные на практике лекарства врачи назначать не могут, в итоге происходит хронизация болезни и увеличение случаев инвалидности, особенно среди детей. На официальном сайте Министерства здравоохранения Кыргызской Республики клинические протоколы начали активно пересматриваться после 2014 г.

По результатам опроса 89,9% врачей хотят получить больше самостоятельности в работе. Сроки пребывания пациентов в больницах ограничены. Для тех больных, которых должны госпитализировать, например, с диагнозом: двусторонняя пневмония, рекомендуется лечение в поликлинике, без наблюдения врача, что нужного эффекта не дает. Врачи говорят об увеличении хронических больных. Много ограничений со стороны ФОМС. Врачи-эксперты ФОМС не являются клиницистами, но допускаются к проверкам, что возмущает врачей.

Доказательная медицина не соответствует возможностям пациентов, так как по ней прописываются дорогие витамины, что не по карману нашим пациентам (согласно опросу 83,7% больных стационара имеют доходы ниже 10 тыс. сом. в месяц).

Третья причина низких показателей лечения – недостаток врачей-специалистов в Бишкеке, особенно в регионах. Обеспеченность детскими врачами составляет от 30 до 60%. Не хватает врачей-педиатров, неонатологов, реаниматологов. Отсюда и высокие показатели детской смертности, считают врачи.

Не хватает молодых специалистов. Низкая заработная плата, отсутствие жилья и других поддерживающих программ, способствуют тому, что молодые врачи выезжают за пределы страны или переходят в частные медицинские центры. В регионах молодых специалистов практически нет. Из 518 опрошенных врачей, значительную часть (52,1%) представляют люди пожилого возраста. Депозит молодого врача составляет 3 тыс. сом. И заработная плата работников без стажа – 5 тыс. сом. по тарифу, в итоге молодые врачи получают 8 тыс. сом. Имеет место утечка кадров в частные медицинские центры. Например, областная больница в регионе в течение 3 лет работает без врача-лор! (г. Талас).

Оплата труда врачей осуществляется из единого фонда заработной платы работников здравоохранения. Согласно законодательству, выплачивается основная гарантированная и дополнительная заработная плата, и в соответствии с «Условиями оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики», утвержденными постановлением

Правительства Кыргызской Республики от 6 июня 2006 г., № 411 (ФОМС КР, 2015), соблюдается следующая пропорция: 85% фонда заработной платы предназначены для выплаты заработной платы медицинским работникам, оставшиеся 15% расходуются для административных работников и административно-хозяйственной части.

Основная и мотивирующая части заработной платы вместе составляют фонд оплаты труда. Поэтому они взаимосвязаны.

С повышением заработной платы медицинских работников в Кыргызстане, их доходы увеличились. Однако желание получать дополнительные доходы от пациентов не исчезло. Как было отмечено выше, из числа опрошенных врачей 93% все еще не устраивает их низкая заработная плата. Практика показывает, что оплата медицинской помощи, производимая неформально, в руки медицинским работникам, получила широкое распространение в здравоохранении Кыргызстана. На вопрос «Как вы платили за медуслуги?» 37,8% из 349 респондентов амбулаторного уровня и 29,7% из 397 респондентов стационарного уровня отметили, что платили лично врачу. Также 32,4% из 513 опрошенных врачей тоже подтвердили, что там, где они работают, существует неофициальная плата за услуги (табл. 8).

Таблица 8 – Неофициальная плата за услуги (%)

Как платили за медуслуги?	Поликлиника	Стационар
Лично врачу	37,8	29,7
В кассу	62,2	70,3
<b>Общее количество</b>	<b>349</b>	<b>397</b>
<b>Существует ли неофициальная плата за услуги?</b>	<b>Процент достоверных данных</b>	
Да	32,4%	
Нет	67,6%	
<b>Общее количество</b>	<b>513</b>	

Это не только снижает имидж врачей, но и создает материальные проблемы пациентам. Низкая заработная плата врачей способствует неофициальной оплате медицинских услуг в Кыргызской Республике.

### Финансирование

Если рассматривать структуру и динамику расходов Программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг, то видим, что до 58,7% средств Программы государственных гарантий (ПГГ) направляется на оказание стационарной помощи, которая увеличилась в 2015 г. по сравнению с 2009 г. почти в 2,2 раза. И за последние 5 лет сохраняется тенденция преимущественного финансирования стационарного лечения по сравнению с оказанием первичной санитарно-профилактической помощи населению (табл. 9). В поликлиниках подушевое финансирование составляет 502 сом. на приписанного человека, тогда как в стационарах за пролеченный случай предусмотрена выплата 7300 сом. Отсюда напрашивается вывод, что изначально существует настрой на то, чтобы пациенты получили осложнение и были направлены на стационарное лечение.

По учреждениям первичной медико-санитарной помощи с 2010 г. приняты единые нормативы финансирования по регионам. Нормативные показатели подушевого финансирования представляют собой усредненный показатель финансирования в расчете на одного приписанного человека с учетом поправок. Количество пациентов, вынужденных обращаться в стационар, растет. Итак, стационарное лечение по затратам намного превышает финансовые расходы амбулаторий и поликлиник. С другой стороны, именно такое неравномерное распределение может быть причиной плохих показателей амбулаторного уровня по сравнению со стационарным. Кроме того, увеличение случаев госпитализации по

всем регионам тоже показатель неэффективной работы на первичном уровне, то есть невылеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. В 2015 г. уровень госпитализации составил 7,1 на 100 человек, в 2014 г. – 6,9 [7]. Поэтому распределение финансовых средств считается крайне нерезультативным.

Таблица 9 – Динамика и структура расходов Программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг за 2009-2013 гг. (млн. сом.)

	2009	2011	2013	2015	2015, %
Стационарная помощь	2837,0	4298,3	6116,9	6682,4	58,7
Амбулаторная помощь	1838,1	2866,1	3541,4	3020,8	6,0

Источник: таблица составлена по данным ФОМС КР за 2009-2015 гг.

Несмотря на то, что большая часть средств выделяется на стационарный уровень, и в стационарах существует недофинансирование. Одной из причин является страховка. Основная часть сельского населения не имеет страховки, значит, не поступают средства на их лечение. Отказать им в лечении невозможно, так как это люди с запущенной формой заболеваний. Очевидно, в этом заключается причина необоснованных госпитализаций. Кроме того, методы оплаты медицинских услуг стационарных учреждений за пролеченный случай стимулируют организации здравоохранения увеличивать число госпитализаций.

Еще одной причиной низкого качества лечения, по мнению врачей, является их большая загруженность. Например, 40% пациентов в Токмокской территориальной больнице – это представители Чуйского района. За них страховые деньги не поступают. Стационар имеет непредусмотренные расходы, поскольку за иногородних деньги не поступают. В данном случае принцип страхования – деньги идут за пациентом – не срабатывает. В результате миграции аналогичная ситуация сложилась в поликлиниках и больницах Бишкека. В связи с этим идентификация и введение электронных счетов позволили бы использовать страховые средства по месту обращения пациентов за медицинской помощью и по месту лечения.

Рассмотрим расходы на содержание стационаров по статьям затрат. Расходы финансовых средств на душу населения по регионам республики неравномерны. Относительное преобладание финансирования здравоохранения в Бишкеке определяется многими причинами. При этом следует учесть, что в Бишкеке расположены лечебные центры третичного уровня, где получают лечение пациенты многих регионов, так как там отсутствуют узкие специалисты. Кроме того, административные центры, министерства и ведомства тоже расположены в столичном центре, что связано с расходом финансовых ресурсов.

Напомним, что важным моментом в реформировании системы финансирования сектора здравоохранения стал переход на формирование и исполнение бюджета на бесстатейной основе в программном формате.

Как видно из табл. 10, нормативы по Программе государственных гарантий (ПГГ) в 2015 г. по сравнению с 2009 г. увеличились по всем источникам финансирования. Особенно высокими темпами выросли нормативы за счет республиканского бюджета, более чем в 3 раза, из них на оказание стационарной помощи – в 3,3 раза. Средства бюджета г.Бишкека также направлены на увеличение нормативов финансирования стационаров, ЦСМ, ГСВ, стоматологии и скорой медицинской помощи. Вместе с ежегодным увеличением нормативов финансирования за пролеченный случай наблюдается и рост госпитализаций по всем регионам республики.

По средствам республиканского бюджета установлены единые нормативы финансирования по всей стране. В 2015 г. для ГСВ подушевой норматив на одного застрахованного гражданина в год был утвержден в размере 176,67 сом., за пролеченный случай в стационаре – 4849 сом.



Меньшими темпами росли нормативы, финансируемые из средств ФОМС, но большая часть из них была направлена на стационарную помощь. Нормативы финансирования по средствам ОМС в 2015 г. в стационарах составили 1950 сом., а ГСВ – 110 сом.

Из анализа расходов на оказание стационарной помощи по статьям затрат, при общем увеличении расходов в 2,4 раза, наблюдается значительный рост по заработной плате медицинского персонала – в 2,7 раза, достигнув 69,3% от общих расходов в 2016 г.

Таблица 10 – Базовые нормативы для формирования бюджета Программы государственных гарантий по видам оказываемых медицинских услуг в разрезе источников финансирования (сом.)

Показатель	2009 г.	2011 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2015 г. в % к 2009 г.
Республиканский бюджет:						
Стационары – базовая ставка	1340	1550	4400	4627	4848	328,3
ЦСМ – подушевой норматив	57,4	74	176	170,38	170	306,6
Стоматология – подушевой норматив	12,5	18	18	40	40	320,0
Скорая помощь – норматив на 1 бригаду	175000	240000	550000	550000	550000	314,3
Средства ОМС						
Стационары	700	1200	1950	1950	1950	278,5
ЦСМ/ГСВ	65	80	100	1010	1010	153,8
ДП ОМС – подушевой норматив	30	30	45	45	50	150,0
Местный бюджет г. Бишкека:						
Стационары – базовая ставка	1340	1340	1110	3387	2855	213,0
ЦСМ – подушевой норматив	-	97	94	220	222,8	-
ГСВ – подушевой норматив	-	97	93	220	222,8	-
Стоматология	-	16	14	36	32,9	-
Скорая помощь, на 1 бригаду	-	166038	176540	372252	377000	-

Источник: таблица составлена по данным ФОМС КР за 2009-2015 гг.

Меньшими темпами росли расходы на медикаменты и питание, соответственно в 1,7 и 1,9 раза. Льготные расходы на лекарства составили 2% государственных расходов на здравоохранение.

Ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. По данным Министерства здравоохранения, для льготных категорий населения расходуются 94% государственных средств, направленных на медицину. И для пациентов без льгот остаются всего 6% выделенных государством средств. На лекарство каждого пациента тратится 11 сом., на еду – 28 сом. выделенных государством денег. В итоге Программа государственных гарантий не финансируется в достаточном объеме и носит декларативный характер.

На вопрос «Почему необходимо платить врачу?» 59,5% из числа 351 респондента амбулаторного уровня, а также 58,8% из 359 респондентов стационарного уровня ответили: «Чтобы получить качественное лечение». Это значит, что многие пациенты боятся остаться недоленными, что врачи могут не уделить им должного внимания. Соответственно 28,8 и 34,0% ответили: «Чтобы выразить благодарность за лечение» (табл. 11). Это значит, что больные переживают за свое здоровье и оплачивают лечение, хоть и нелегально.

По нашему мнению, сделав медицинские услуги платными, учитывая при этом платежеспособность населения, можно было бы легализовать часть этих платежей и в то же время добиться повышения ответственности со стороны врачей путем возврата пациентам тех же самых платежей в трех- или пятикратном объеме в случае неправильного диагностирования или лечения.

Таблица 11 – Цель неформальных платежей (%)

Почему необходимо платить врачу?	Поликлиника	Стационар
Чтобы получить качественное лечение	59,5	58,8
Чтобы сделать оплату будущего лечения	3,1	2,8
Чтобы получить дополнительные услуги	6,6	2,2
Чтобы избежать очереди на получение нужных услуг	2	2,2
Чтобы выразить благодарность за лечение	28,8	34
<b>Общее количество</b>	<b>351</b>	<b>359</b>

Ясно, что для развития здравоохранения необходим экономический рост. Однако это в будущем, а заболевших людей надо лечить сегодня. Чтобы решить эту проблему, необходимо пересмотреть категории льготников и сократить количество льготников. Например, имеющих нормальную работу и в то же время здоровых льготников, таких как «Участник Баткенских событий» и «Участник апрельских событий», перевести на платное лечение в пользу детей, имеющих инвалидность, численность которых растет с каждым годом. Численность детей-инвалидов с впервые установленной инвалидностью до 18 лет в 2005 г. составила 3115 человек, а в 2014 г. – 4208 человек [8].

По результатам опроса врачей можно сделать следующие выводы. Стационары перегружены, отмечается большая нагрузка и на поликлиники. Например, врач-лор в поликлинике в районном центре должен принять в месяц 420-460 человек, что нереально, учитывая наличие одной машины скорой помощи на поликлинику. В стационарах можно лечить очень узкий перечень больных. Хронизация идет огромная, дети болеют каждые 2-3 месяца.

В процессе анкетирования выяснилось, что 93% врачей не устраивает их заработная плата.

Недовольны они и отсутствием самостоятельности в выборе методов лечения. А устаревшие клинические протоколы не позволяют расширить возможности лечащего врача в процессе лечения.

Большая часть средств идет на финансирование стационаров. Недооценивается роль первичной медицинской помощи в поликлиниках. Не используется опыт стран СНГ, например Республики Беларусь, где 70% больных получают полноценное лечение в поликлиниках, и нет необходимости их дальнейшего лечения в стационарах. Поэтому продолжительность жизни в Беларуси выше, чем в других странах СНГ, и очень низкий уровень смертей новорожденных детей.

Методы оплаты стационарных услуг за «пролеченный случай» приводят к искусственному увеличению количества госпитализаций и необоснованному назначению диагностических и лечебных процедур.

В этой связи значительную часть средств Единого плательщика необходимо направлять на финансирование поликлинического уровня по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением.

Отсутствует современная технология лечения. В структуре средств ФОМС следует предусмотреть фиксированную долю средств на развитие материально-технической базы поликлиник с целью своевременного и правильного диагностирования болезней и качественного лечения на уровне поликлиник.

Необходимо осуществить финансирование, направленное на профилактику болезней.

Динамика роста госпитализаций характеризует тот факт, что количество больных, находящихся на стационарном лечении, не сокращается, а напротив, увеличивается, что противоречит целям реформы в здравоохранении. Это показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно.

Качество работы поликлиники необходимо оценивать по количеству приписанного к ней населения, при этом выбор поликлиники должен осуществлять сам пациент, тем самым голосуя собственными средствами, которые имеются на его персонифицированном счете.

#### Использованные источники

1. Определение медицинской услуги, 2016. – Режим доступа: <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=479&offset=40&theme=9>.
2. Здоровье как общественное благо, 2016. – Режим доступа: <http://www.narya.ru/20.shtml>
3. Старченко, А. А. Карта дефектов медицинской помощи: пособие для медицинских работников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи: проект ООО «Лига здоровья нации» /А. А. Старченко, О. В. Тарасова, О. В. Салдуева, М. Д. Гуженко. – Бишкек, 2014.
4. Условия оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденные постановлением Правительства Кыргызской Республики от 6 июня 2006 года, № 411. – Бишкек: ФОМС КР, 2015.
5. Анализ финансирования и доступности ПМСП. – Бишкек, 2016. – Режим доступа: <http://esep.kg/wp-content/uploads.pdf>, 2016:7)
6. Сайт Фонда обязательного медицинского страхования. – Режим доступа: [www.foms.kg](http://www.foms.kg)
7. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 году. – Режим доступа: [http://24.kg/zdorove/16751\\_v\\_kr\\_s\\_nachala\\_goda\\_gospitalizirovali\\_bolee\\_400\\_tyisyach\\_patsientov/](http://24.kg/zdorove/16751_v_kr_s_nachala_goda_gospitalizirovali_bolee_400_tyisyach_patsientov/)
8. Сайт Нацстаткомитета КР. – Режим доступа: <http://stat.kg/ru/statistics/zdravoohranenie>