



ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ.

Мукеева С.Т.

к.м.н., заслуженный врач Кыргызской Республики, директор Ассоциации групп семейных врачей и семейных медсестер республики (АГСВ и СМ КР), член Общественного Наблюдательного Совета МЗ КР, с отличием закончила лечебный факультет КГМИ в 1971 году. После обучения в клинической ординатуре и аспирантуре в НИАЛ АМН СССР в Москве работала ассистентом кафедры внутренних болезней факультета усовершенствования врачей КГМИ более 16 лет. С 1992 г. работала главным терапевтом Департамента здравоохранения г. Бишкек. Член рабочей группы по подготовке Национальных программ реформирования системы здравоохранения «Манас»- раздел госпитальная помощь 1995 год, «Манас таалими»- раздел «Инвестирование в человеческие ресурсы здравоохранения» 2005 год. Работала консультантом проекта «Нору-Хау» по рационализации больниц, ДФИДа по человеческим ресурсам системы здравоохранения, ШКК- по рационализации системы здравоохранения Нарынской области. С 2005 года является исполнительным директором АГСВ и СМ КР, тесно сотрудничает с проектом «Качественное здравоохранение» USAID.

Предистория.

До 30-х годов 20 века дифференциация врачебных специальностей во всем мире была незначительной; медицинская помощь населению в основном оказывался одним врачом без деления на детей, взрослых, стариков и т.д. Лечебный факультет Кыргызского Государственного медицинского института был открыт в 1939 г. и услуги лечебника в лице хирурга и терапевта удовлетворяли потребность населения в вопросах охраны здоровья. Только с 1956 года существует педиатрический факультет, и отдельное обслуживание детей от взрослых с 1962 года. Затем началась такая бурная специализация, что в конце 80 годов прошлого столетия в медицине насчитывалась более 85 специальностей. В погоне за специализацией перестали видеть больного человека как единого целого, тесно связанного с окружающей средой, социально-экономическими условиями и возможностями.

Создалась ситуация, когда пациент был реально «разобран по органам», и в случае возникновения каких-либо проблем со здоровьем, больной «нес свои предполагаемые проблемные органы» соответствующим узким специалистам: сердце - кардиологу, легкие - пульмонологу, желудок - гастроэнтерологу, печень - гепатологу, почки - нефрологу и т.д.

Резко возросла потребность пациента в существовании врача, который сумел бы

разобраться в самых начальных проявлениях заболевания и при необходимости направил на консультацию к узкому специалисту, а затем продолжил наблюдение за пациентом с учетом данных рекомендаций, но выбирая оптимальный вариант их применения, зная пациента в целом как единый организм, а не совокупность отдельных органов.

Специализация требовала все больших финансовых вложений, расходы на здравоохранение росли, а состояние здоровья населения перестало улучшаться. Поскольку право выбора врача - терапевта или специалиста - было предоставлено пациенту, терапевты стали терять свое влияние на пациента, как и ответственность за него, и как следствие они стали пользоваться все меньшим уважением, как пациента, так и общества в целом.

В период, когда Кыргызстан только начал вступать на путь специализации в большинстве стран мира растущие на здравоохранение затраты при ухудшении показателей здоровья явились толчком для осознания опасности сложившейся ситуации. И в 60-х годах все ведущие страны Европы и Америки стали реформировать системы здравоохранения с акцентом на переход к общей врачебной практике. Начался систематический, целенаправленный процесс реформирования первичного звена, а именно специальная подготовка врачей общей практики и определение их места в системе оказания



медицинской помощи. Процесс не был легким и безболезненным, шел при активном сопротивлении, как специалистов, так и части населения. Тем не менее, на международной конференции, посвященной 30-летию Алма-Атинской Декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПМСП в 2008 году было признано, что по данным мировой статистики, около 80% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира сегодня решаются на этапе первичного звена здравоохранения, без направления на

и «семейный врач» нет принципиального различия, о чем свидетельствуют данные таблицы 1.

Дело в том, что семейная медицина рассматривается как отдельная специальность и как форма первичной медицинской помощи уже более 50 лет и является приоритетной в США и многих странах Западной Европы. Семейная медицина оказалась вне конкуренции потому, что организационно лишь она делает для врача выгодным, чтобы пациент оставался

Таблица 1.

Страны	Врач общей практики-ВОП	Семейный врач-СВ	Длительность подготовки
Великобритания	ВОП		5-6лет в мед. ВУЗе+1 год пререзидентуры+3 года по специальности ВОП в резидентуре
Канада		СВ	3-4 года в университете+ 4года медобразования+2 года кл. ординатуры
Германия	ВОП		
Финляндия	ВОП		6 лет в мед. ВУЗе+2 года практической подготовки в б-х и центрах ПМСП+6лет резидентуры по спец. ВОП
Япония		СВ	6 лет в ВУЗе+2года спец подготовки+3года последипломной подготовки
США		СВ	4 года додипломного обучения в универ-те+4 года додипломного медобразования+3 года резидентуры по семейной медицине
Куба		СВ	
Россия		СВ	6 летнее до- дипломное образование на медфакультетатх + 2 x годичная кл. ординатура, в некоторых странах 1 годичная интернатура
Украина		СВ	
Прибалтийские республики		СВ	
Кыргызстан		СВ	

более дорогие этапы вторичной (стационары) и третичной (реабилитационные центры) помощи и что врач общей практики (семейный врач) - это представитель перспективной медицинской профессии, востребованной в настоящее время, а в будущем имеющей реальную возможность стать ведущей специальностью во всем здравоохранении.

Следует отметить, что, по мнению организаторов здравоохранения зарубежных стран, в трактовке понятий «врач общей практики»

здоровым благодаря оптимальному выбору самых эффективных вмешательств, включая профилактические. Наиболее привлекательным оказалось удобство обращения к одному врачу по любому поводу, зная, что это избавляет от ответственности за собственный неверный выбор консультанта или метода лечения и снижает риск нанести вред своим близким или себе неверными шагами. Чем выше уровень подготовки семейного врача, тем меньше ему приходится привлекать узких специалистов



в простых случаях и это ускоряет начало реального лечения. С другой стороны, «узкие» специалисты очень дорожат своей репутацией в глазах семейного врача, так как знают, что при их неудовлетворительной работе к ним перестанут направлять пациентов, к ним, как у нас без направления семейных врачей ни один больной не попадет, как и в стационар. Так как больничные услуги очень ресурсоемки, выигрывают от данной системы не только пациенты, но сама система здравоохранения, бюджет государства.

ИСТОРИЯ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСТАНЕ.

Предпосылкой реформирования системы здравоохранения явился коллапс экономики, обусловленный развалом СССР. Более 60% населения в начале 90-х годов жили ниже черты бедности, у государства не было средств для финансирования ни одной сферы, в том числе и здравоохранения.

За период суверенитета страны выросло поколение, не ведающее, что такое не получать заработную плату более полу-года, не иметь возможности купить нужное лекарство в виду их отсутствия или невозможности приобрести из-за отсутствия средств. В этих условиях население перестало обращаться в медицинские учреждения, а система здравоохранения в основном выживала на гуманитарной помощи. Все это привело к ухудшению демографических показателей: увеличению общей смертности, в том числе материнской и младенческой, снижению продолжительности жизни, росту социально-значимых заболеваний, появлению признаков угрозы сохранности генофонда, что вынудило руководство страны обратиться к Европейскому бюро ВОЗ по оказанию содействия в решении проблем системы здравоохранения. В 1994 г. был подписан Меморандум о взаимопонимании между Кыргызстаном и Европейским бюро ВОЗ, при поддержке которого и других донорских организаций была разработана и утверждена правительством «Национальная программа реформирования системы здравоохранения «Манас» на 1996-2006 годы. Внедрение этой программы и введение обязательного медицинского страхования с 1997

г. позволило сохранить государственную систему здравоохранения, путем сокращения избыточных неиспользуемых или частично используемых площадей, человеческих ресурсов, проведением реструктуризации организаций здравоохранения первичного и вторичного уровней, разделением поставщиков и покупателей медицинских услуг, изменением системы финансирования: оплата за пролеченный случай стационаров, подушевой принцип оплаты услуг первичного звена. Естественно, реформа испытывала сопротивление как со стороны медиков, управленцев разного уровня, так и населения, впитавшего в себя иждивенческое к системе отношение: за мое здоровье отвечает врач, но не я сам, не хочу лечиться у терапевта, пойду к специалисту и т.д., так как больного не волновали проблемы системы здравоохранения, возможности правительства содержать громоздкую, фрагментированную, не эффективную сеть лечебных учреждений, финансирование которых осуществлялось по мощности, а не по эффективности.

Все это явилось предпосылкой для осуществления реформы здравоохранения, в том числе ПМСП: реструктуризация и развитие, и укрепление семейной медицины, с изменением принципа финансирования на подушевой основе.

Иссык-Кульская область была выбрана экспериментальной областью для реализации Национальной Программы «Манас». В 1994 году в ноябре Приказом ОУЗ (Кыргызбаев Т.О.) были созданы на базе детской, взрослой поликлиник и женской консультации группы семейных врачей (ГСВ), состоящие минимум из трех специалистов: участкового терапевта, педиатра и акушер-гинеколога, финансирование которых осуществлялось по подушевому принципу на приписанное число населения. С 1995 по 1997 годы по Иссык-Кульской области были созданы 76 юридически самостоятельных групп семейных врачей (ГСВ), которые стали предоставлять медицинские услуги на основе договора с вновь открытыми Кассами Здоровья. Фактически эти ГСВ были фондодержателями на средства ОМС. Лечебно-диагностической работой руководил клинический руководитель,



а специально подготовленный в рамках проекта «Манас» менеджер осуществлял финансово-хозяйственную, организационную и административную деятельность в ГСВ. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь населению оказывалась группами семейных врачей

Одной из главных причин сокращения самостоятельных ГСВ, их слияния и организации Центров семейной медицины (ЦСМ) явился отказ казначейства от открытия счетов для каждой ГСВ для проведения финансовых операций, то есть в целях удобства контроля казначейству было удобно работать с одной организацией, нежели с 76 ГСВ с одной стороны. С другой стороны остро встал вопрос перед МЗ КР - а что же делать с более 2500 узкими специалистами бывших областных, районных взрослых и детских поликлиник, женских консультаций страны?

В начале реформы предполагалось, что для оказания первичной медико-санитарной помощи узкие специалисты не нужны, они должны сидеть в стационарах и осуществлять консультативный прием амбулаторных больных по направлению семейных врачей, на этих приемах должны решаться вопросы госпитализации, составляться листы ожидания для госпитализации плановых больных. Они не хотели переучиваться на семейных врачей, так как статус специалиста был выше с одной стороны, специализация подразумевает глубокие знания по одной системе организма человека: от 5 до 10 нозологий у кардиолога, эндокринолога или одно заболевание, как туберкулез, у фтизиатра, в то время как семейный врач должен знать более 85 неинфекционных и инфекционных заболеваний. Да и оплата семейных врачей в первые годы реформы мало чем отличалась от таковой специалиста. Сложившийся стереотип работать в государственном учреждении без финансового риска с одной стороны, законодательная обязанность поликлиник обеспечивать 8 узкими специалистами медицинские комиссии для осмотров призывников в военкоматах с другой стороны вынудило ГСВ стать структурными подразделениями Центров семейной медицины (ЦСМ). В конце 2001 года в Иссык-Кульской, затем последовательно по Чуйской и другим

областям бывшие поликлиники были переименованы в ЦСМ с концентрацией узких специалистов в них. Создание ЦСМ финансовым временем легло на фондодержателей ГСВ – часть средств подушевого финансирования ушло на содержание ЦСМ-административного штата, узких специалистов, фактически той же районной или областной поликлиники с новой вывеской ЦСМ, что в определенной степени в последующем негативно сказалось на развитии института семейной медицины. Так как содержание ЦСМ не обеспечивалось фондом заработной платы узких специалистов и 1-2 ГСВ при них большинство юридически самостоятельных ГСВ стали структурными подразделениями ЦСМ, передав финансирование ГСВ руководству ЦСМ. Из 76 юридически самостоятельных ГСВ области на сегодня осталось всего 11. С созданием ЦСМ количество самостоятельных ГСВ сократилось, а в последние годы идет тенденция создания Центров общеврачебной практики (ЦОВП) из филиала территориальной больницы (ТБ) и ГСВ, а иногда из ТБ и ЦСМ с целью обеспечения финансовой устойчивости стационаров и вертикального управления, а не интересов первички и не интересов населения. Таковых по Иссык-Кульской области 2, по стране 27 на 01.01.2012 г.

Для координации деятельности системы здравоохранения по Иссык-Кульской области Постановлением Областной Государственной Администрации от 17.02.03. за № 22, с марта месяца ЦСМ г. Каракол, получил статус Областного Центра Семейной медицины (ОЦСМ). В настоящее время в области функционирует 7 Центров семейной медицины, как структурное подразделение ЦСМ 41 ГСВ, два ЦОВП и 11 юридически самостоятельных ГСВ.

Полная реструктуризация первичной медико-санитарной помощи с организацией ГСВ, ЦСМ по стране завершилась в 2006 году, так что институт семейной медицины в Кыргызстане имеет совсем детский возраст. В марте 2007 года вышел приказ МЗ КР, утвердивший «Положение о семейном враче», «Квалификационные требования к семейному врачу» и «Табель оснащения ГСВ». На 01.01.2012 года в стране функционируют 7 ОЦСМ, 59 ЦСМ районного уровня, 27 ЦОВП, в которых функционируют



го. ГСВ, 998 ФАПов и 19 юридически самостоя-
тельных ГСВ.

Страны Прибалтики сохранили
юридически самостоятельные ГСВ, они являются
фондодержателями, за эти годы очень крепко
встали на ноги. Никаких узких специалистов ГСВ
не содержат, все узкие специалисты работают
в больницах, но ежедневно осуществляют
консультативный прием амбулаторных больных
по направлению семейных врачей и решают
вопросы госпитализации по показаниям. По
данным исследования Проекта анализа политики
здравоохранения МЗ КР общий перечень
специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО
(КДО) для районного уровня включает в себя
36 и 14 различных профилей соответственно,
а для областного уровня – 15 и 26 профилей.
Между ними наблюдается дублирование
специальностей, совместительство и совмещение
должностей. Дублирование идет чаще по
таким специальностям, как хирург, кардиолог,
отоларинголог, офтальмолог, невропатолог,
эндокринолог и врачи лабораторно-
диагностических служб. Эти должности, в силу
физического отсутствия специалистов, нередко
занимает одно физическое лицо.

В целом специалисты узкого профиля
ЦСМ и АДО на районном уровне имеют
низкую фактическую нагрузку, и эта
нагрузка обеспечивается в основном за счет
профилактических осмотров. Наиболее
распространенной выявляемой при этих
осмотрах патологией являются эндемический
зоб, железодефицитная анемия и кариес.
Выявляемость же других заболеваний при
проведении профилактических осмотров низкая,
всего 2,8% от общего количества осмотренных
узкими специалистами. Иными словами в
профилактике распространенных заболеваний
узкие специалисты особой роли не играют.

**ПЕРЕПОДГОТОВКА И ОБУЧЕНИЕ НА
СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ.**

В Кыргызстане, как во всем
постсоветском пространстве, не было
дефиниции «семейный врач». Признавая
значимость ПМСН, Алма-Атинская декларация
1978 г. отмечала низкую укомплектованность
организаций здравоохранения амбулаторно-
поликлинического звена врачами в отличие
от стационаров. Большая нехватка отмечалась

в сельских регионах педиатров, акушер-
гинекологов, даже в больницах. Недостаточная
укомплектованность врачами обуславливала
осуществление приема одним врачом и
детей и взрослых, так что семейный принцип
обслуживания населения в сельских районах
был до реструктуризации и организации ГСВ.
С целью оказания доступной, непрерывной,
сфокусированной на семье медицинских услуг
в соответствии с задачами Национальной
программы «Манас» и были сформированы
группы из трех врачей (терапевта, педиатра,
акушер-гинеколога) ГСВ, переподготовленных
по семейному принципу. Естественно, эти
переобученные из бывших терапевтов,
педиатров, акушер-гинекологов семейные врачи
не отвечают дефиниции «семейного врача»
европейских стран и Америки. Но в процессе
переподготовки им давались основы ведения
больных по семейному принципу, что хорошо
отражено в статье Б. Смита (см. Вестник № 3 от
2011 г.).

Наряду с формированием ГСВ проводилась
интенсивная переподготовка педиатров,
гинекологов и терапевтов в семейных врачей
на базе Учебного центра семейной медицины
(УЦСМ), который был организован в 1997
году в соответствии с приказом Министерства
здравоохранения Кыргызстана, на базе
КГМИПиПК в рамках реализации Национальной
программы реформирования здравоохранения
«Манас». В последующие годы были открыты
филиалы УЦСМ во всех 7 областях республики.
С 2000 года на базе УЦСМ существуют кафедра
семейной медицины и с 2005 года Центр
сестринского дела в семейной медицине с
профильными кафедрами. В течение 10 лет
сотрудники УЦСМ занимаются переподготовкой
и непрерывным обучением врачей и медицинских
сестер ГСВ по семейной медицине, которая
базируется на международных стандартах с
упором на принципы доказательной медицины.
В 2005 году началось обучение фельдшеров
ФАПов и скорой медицинской помощи.
К настоящему времени переподготовлено
свыше 3000 семейных врачей и 4500 медсестер.
Программой непрерывного повышения
квалификации охвачено около 1500 фельдшеров
ФАПов и скорой медицинской помощи.
С 1998 года по 2000 год шло становление СМ.



Был выпущен первый выпуск переобученных из терапевтов, педиатров и акушер-гинекологов сертифицированных по семейной медицине врачей. На переподготовку преимущественно привлекались медработники до 50 лет, лица предпенсионного и пенсионного возраста не обучались, как и фельдшера, обучение которых основам семейной медицины интенсивно началось с 2008 года.

На круглом столе « Проблемы и перспективы развития кадровых ресурсов системы здравоохранения» от 10.03. 2004 года, организованного проектом «Человеческие ресурсы здравоохранения» Департамента Международного развития Правительства Великобритании (DFID) было отмечено о наличии выраженного дисбаланса в обеспеченности кадрами между регионами, большая их концентрация в городах, не укомплектованность ЦСМП в сельских местностях, старение работающего состава врачей ГСВ, ЦСМ, практически отсутствие обновления врачей из выпускников медфакультетов. Существующие обучающие программы до дипломной подготовки не отвечают требованиям практики и потребностям системы.

Осознавая значимость до-дипломной подготовки семейных врачей в КГМА в 1998 году при лечебном факультете было открыто отделение по подготовке семейных врачей, а также клиническая ординатура как при КГМА, так и КГМИ и ПК и их филиалам по семейной медицине. Казалось, что процесс пошел в нужном направлении. Но на пути становления семейной медицины существовала и существует сильная оппозиция как со стороны высоко поставленных фигур, парламентариев, управленцев самого министерства здравоохранения, не говоря о врачах узких специалистов, отдельных руководителей организаций здравоохранения. Не признавая дефиницию «семейный врач», но и не предлагая что-либо другое, в 2004 году они добились закрытия отделения по семейной медицине КГМА.

Существующая до-дипломная подготовка на всех медицинских факультетах с момента зачисления в ВУЗ нацеливает выпускников на то, что они будут работать как специалисты

педиатры, хирурги, терапевты и акушер-гинекологи, а не как врачи общей практики или семейные врачи. Только с 2011г. КГМА стала пересматривать обучающие программы по подготовке врача общей практики.

Общая практика –это врачебная специальность. Необходимо ее признание как академической дисциплины. Для этого следует развивать факультеты и кафедры ОП под руководством практикующих врачей или лиц с солидной базой по ОП. Академические кадры должны не только готовить кадры, но и проводить научные исследования

Сегодня в Кыргызстане на уровне амбулаторного звена работает 4773 врачей из всего числа врачей 12488 (по данным 2009 г.), из них в ГСВ работает лишь 2175 (17,4%) врачей страны, из них сертифицированных семейных врачей осталось 1400 человек из 3000 переподготовленных хотя в целом по ЦСМ -38,2%, что свидетельствует о преобладании узких специалистов-2648 (55,4%) над врачами общей практики. Если ориентироваться на европейские показатели —примерно 50% представляют врачи общей практики от всего количества работающих врачей. Вместе с тем в медицинских вузах, которые, безусловно, должны формировать мотивацию выпускников высших медицинских школ к работе в первичном звене — очень мало рычагов очень мало шансов. Эти вопросы мало регулируются государственным распределением, никто не способствует трудоустройству выпускников в соответствии с законом. Условия, которые предлагают организации здравоохранения на местах, они, конечно, не могут удовлетворить выпускников высшей медицинской школы. Поэтому, к сожалению, большое количество выпускников меняют профессию, переучиваются и не всегда они работают на тех местах, к которым их готовила высшая медицинская школа или же ищут место узкого специалиста и остаются в городах.

Причины оттока врачей первичного звена. Начиная 2004 года, в секторе здравоохранения Кыргызстана нарастает кризис кадрового потенциала. Выход медработников пенсионного возраста на пенсию, миграция после



многочисленных революций и привлекательное для квалифицированных медработников повышение уровня зарплаты в России и Казахстане привели к возникновению кризиса в краткий срок. Например, процент сельских групп семейных врачей, обслуживающих население, числом 2000 и более, выросло с 58% в 2004 г. до 73% в 2005 г. Предпринятые МЗ КР программа «Депозит врача», одногодичная программа по интернатуре не улучшили обеспеченность врачами ГСВ. В результате на 01.01. 2012 года осталось 1400, имеющих сертификат по семейной медицине, то есть 1600 переобученных по семейной медицине врачей благополучно работают в сопредельных государствах, получая до 1000 долларов в месяц. Всего же в ГСВ 1750 физических лиц, представленных на 70% лицами пенсионного и пред пенсионного возраста, часть которых не прошли обучение по СМ, в то время как число узких специалистов существенно увеличилось. При этом надо помнить, что население выросло и если обеспеченность в целом врачами по республике выпадит сносно-23,6 на 10 тысяч населения (СНГ -37,8, РФ-50,1; РК-37,7), но имеет тенденцию к ежегодному снижению, то в отношении обеспеченности ГСВ цифры говорят сами за себя. О какой физической доступности, качестве врачебных услуг можно говорить, если более 50 ГСВ в течение последних 3х лет числятся на бумаге, там нет ни одного врача, более чем в 200 ГСВ из 686 работает вместо 2-5 врачей по одному. Согласно нормативу на одного семейного врача предусматривалось от 1000 в сельских регионах до 2500 человек в городах. К сожалению, данный норматив никогда не соблюдался даже тогда, когда обеспеченность врачами была лучше, чем сейчас. Фактическое число обслуживаемого населения на одного семейного врача с учетом количества приписанных к ГСВ ФАПов достигает минимум 5000, максимум до 18 000 населения. И это при отсутствии средств коммуникации, транспорта, труднодоступности в горных районах с одной стороны. С другой стороны за весь период становления семейной медицины в практику семейного врача интегрированы очень много услуг, которое ранее выполнялись узкими специалистами: выявление туберкулеза и лечение впервые выявленных туберкулезных

больных по ДОТС программе без надбавок к заработной плате в отличие от фтизиатра, выявление и лечение 2 типа сахарного диабета, антенатальный уход за беременными женщинами, выявление и лечение мягких форм психических заболеваний, синдромальное лечение инфекций передающихся половым путем (ИПП), выявление и проведение антиретровирусной терапии больным с ВИЧ и многое другое без материальной и моральной мотивации. Наоборот, последние 3-4 года шла постоянная критика, как со стороны парламентариев, так управленцев и даже медиков разного уровня работы семейных врачей, что явилось причиной деморализации и роста оттока их из системы. Вместо благодарности за выявление заболеваний по основным нозологиям, проводимую профилактическую работу, иммунизацию до 96% в стране наблюдается рост недовольства институтом семейной медицины. За все издержки финансирования системы здравоохранения, за отсутствие твердой стратегии по человеческим ресурсам, плохого менеджмента, самоотстранения местных властей в вопросах охраны здоровья населения получается виноват один семейный врач. Лакмусом отношения правительства, управленцев МЗ КР к семейной медицине, при всем том, что написано во всех программных документах, что ПМСИ есть приоритет системы здравоохранения, явилось последнее повышение заработной платы. По данным ТУ ФОМС Чуйской области (таблица 2) среднемесячная заработная плата из всех источников средств: бюджета, ОМС, сооплаты и специального счета составило

Как свидетельствуют данные таблицы 2, почти 2х кратное увеличение заработной платы отмечается у работников стационаров, более чем на 58,3% у узких специалистов ЦСМ и ничтожно малое - всего на 13,8% у врачей ГСВ. И это при интеграции выше перечисленных узких служб в практику семейного врача. Это обусловил отток врачей в стационары из ГСВ

Самое страшное в этой ситуации, что на протяжении всех этих лет ничего не меняется. В медицине есть тонкая прослойка молодых, работающих в большей части в городских больницах и массив людей преклонного возраста на уровне



Таблица 2.

	2010 г.	2011 г.	Прирост %		2010	2011	Прирост %
ОЗ	Врачи			Средние медицинские работники			
Стационары	4364	8318	190,6%		3550	7344	206,8%
ЦСМ	5347	8466	158,3%		4292	7476	174,1%
ГСВ	5647	6431	113,8%		3571	4972	139,2%

организаций здравоохранения первичного звена. Среднего же поколения нет. Это может означать одно — отсутствие стабильности в системе и возможный обвал в ближайшем будущем

Проблемы, требующие неотлагательного решения.

Исходя из выше сказанного, институт семейной медицины в стране испытывает трудности поступательного развития, обуславливаемые целым рядом причин политического, экономического, правового, финансового, организационного и психологического характера, среди которых следует отметить несовершенство законодательной базы, недифференцированную оплату труда, дефекты в подготовке кадров для семейной медицины, недостаточное финансирование отрасли в целом и ПМСП в частности-39% от общих затрат здравоохранения, при декларативности признания ПМСП приоритетом на протяжении всех лет суверенности

Причинами крайне трудного развития семейной медицины считается не только неудовлетворительное финансирование здравоохранения, но и инертность руководителей здравоохранения как высшего, так и среднего звена, формализм подходов к подготовке семейных врачей, отсутствие необходимых условий на рабочем месте, систем моральных и материальных мотиваций. Условия профессиональной деятельности семейных врачей не соответствуют социальным запросам общества и международным стандартам и нуждаются в кардинальном улучшении. Необходимо устранение политико-экономических, правовых, организационно-управленческих причин, тормозящих развитие семейной медицины в Киргизии. И наконец, решить - быть ли семейной медицине в Кыргызстане или нет. От

ответа на данный вопрос и зависит решение остальных вопросов и проблем. В течение последних 7-8 лет идет шараханье из стороны в сторону, отдельные управленцы в самом министерстве здравоохранения, парламентарии, политики разного уровня периодически раскачивают неустойчивую систему, вызывая к возврату невозвратного, то признавая, то отрицая семейную медицину. Другого пути нет, даже самые богатые государства признали рентабельность и экономическую эффективность семейной медицины.

Литература

1. Галкин Р.А., Peter Тооп, Иванов А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики. Российско-британское издание. Самара 1997 г.
2. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2000 году. Министерство здравоохранения КР, Республиканский медико-информационный центр, 2001
3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2005 году. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2006
4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2009 году. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2010.
5. Кожокеев К., Мурзалиева Г., Манжиева Е. Почему наши врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинских кадров в Кыргызстане. Документ исследования политики № 51. Республиканский ЦРЗ МЗ КР, май 2008.
6. Сюзан Фостер, Ричард Лейнг, Рич Фили, Сара Алкенбрак. Первичная медико - санитарная



помощь: обзор современных тенденций развития. Проект здоров Плюс Abt Associates Inc. Алматы 2003 г.

7. Обзор опыта семейной медицины в Европе и Центральной Азии (в пяти томах) том IY/ Практическое исследование по Кыргызской Республике Документ Всемирного Банка. Май 2005 г.

8 Информационный обзор #5 Деятельность специалистов узкого профиля ЦСМ и АДО. ВОЗ/ДФИД 2004 г.

9. Ибраимова А., Акказиева Б., Ибраимов А., Манжиева Э. Кыргызстан. Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Том №13 № 3, 2011.