

К читателям журнала!

В этом номере журнала мы начинаем новую рубрику "Приглашаем к дискуссии", в которой хотели бы обсудить самые важные и актуальные проблемы как здравоохранения в целом, так и вопросы медицинского образования, подготовки медицинских и фармацевтических кадров для страны, развития медицинской науки и многое другое. Первая публикация посвящена внедрению в Кыргызстане семейной медицины, которая имеет как сторонников, так и противников.

СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА - ПРАВИЛЬНЫЙ ЛИ ВЫБОР ДЛЯ КЫРГЫЗСТАНА?

Смит Б.Е.

Д-р Бартон Смит (Barton Smith) родился в 1968 году в штате Орегон (США). Окончил Медицинский институт Вандербильта (штат Теннесси) в 1992г., затем - программу ординатуры по семейной медицине в Южной Каролине. В течение 4 лет он служил в качестве семейного врача в ВВС США, из которых 2 года являлся ассистентом профессора Программы ординатуры по семейной медицине Медицинского института при Университете Сент-Луиса (штат Миссури). По окончании военной службы доктор Смит около 2 лет работал в отделении скорой помощи и в частной клинике семейной медицины.

В ноябре 2001г. Доктор Смит с женой Элеонор и двумя маленькими детьми приехал в Бишкек в качестве волонтера-консультанта по семейной медицине по линии Американского благотворительного фонда "Институт Научных Технологий и Языка", где проработал до сентября 2010 года. Сейчас доктор Смит работает заместителем регионального директора по качеству в проекте USAID "Качественное здравоохранение".



Последние несколько месяцев в Кыргызстане, в том числе на уровне Правительства оживлено дискутируется вопросы о текущем направлении и эффективности реформы здравоохранения. В частности, задается вопрос, послужило ли внедрение семейной медицины (СМ) причиной ухудшения некоторых индикаторов здравоохранения, таких как уровень материнской и детской смертности. Были высказаны мнения, что семейная медицина как специальность нерациональна, поскольку невозможно, чтобы один практикующий врач на достаточно качественном уровне оказывал такой широкий спектр медицинской помощи, и что качество медицинской помощи выше, если оно предоставляется врачами узкой специализации.

Разумеется, когда государство решает внедрить крупные реформы в системе здравоохранения, было бы наивно слепо идти вперед, без проведения текущего мониторинга и оценки эффективности, экономичности, гибкости (т.е. способности реагировать на изменяющиеся потребности здравоохранения) и справедливого доступа к медицинским услугам, как результат этих реформ. Но часто статистику здравоохранения сложно интерпретировать, поскольку на нее влияют множество социальных и экономических факторов, в дополнение к тем факторам, которые непосредственно связаны с предоставлением медицинской помощи населению. Поэтому, мы должны быть осмотрительны в своих

выводах, чтобы не допустить типичную логическую ошибку - *post hoc ergo propter hoc* (с латинского, "после этого, значит, вследствие этого"). Другими словами, мы не должны полагать, что временная взаимосвязь равна причинности, и винить определенные аспекты реформы (как реструктурирование первичной медико-санитарной помощи) в ухудшении некоторых индикаторов здравоохранения, в то же время, игнорируя другие потенциальные, и даже более вероятные причины. Реформа здравоохранения делала упор на важность принятия решений относительно оказания медицинской помощи индивидуальным пациентам, основываясь на лучших обоснованных доказательствах ("Доказательная медицина"). Таким же образом, решения в политике здравоохранения, в допустимых рамках, должны основываться скорее на доказательствах, а не только на единственном мнении, даже если эти мнения имеют силу и озвучены уважаемыми клиницистами. Научно-исследовательские ресурсы по изучению эффективности и экономичности различных методов оказания медицинской помощи населению пополняются новыми международными исследованиями, которые проводились как в развивающихся, так и в развитых странах. Поскольку лица, ответственные за разработку политики ищут дальнейшие пути развития реформы здравоохранения в Кыргызстане, им необходимо рассмотреть эти международные доказательства, также как и результаты

мониторинга и оценки реформы, проведенной в Кыргызстане.

Чтобы провести анализ результатов реформы первичного звена здравоохранения в КР необходимо, рассмотреть три отдельных вопроса: 1) была ли необходима реформа первичной медико-санитарной помощи; 2) была ли семейная медицина, по своей сути, той специальностью, которую нужно было внедрять и усиливать в Кыргызстане; 3) была ли реформа первичного звена здравоохранения успешной.

1. Итак, была ли необходима реформа службы первичной медико-санитарной помощи? Кыргызская Республика унаследовала систему здравоохранения, в которой доминировала стационарная служба и ПМСП осуществлялась раздроблено через тройственную поликлиническую систему (взрослые и детские поликлиники, женские консультации), укомплектованные как врачами первичного звена (участковыми врачами), так и специалистами. До обретения страной независимости, на здравоохранение выделялось лишь 3,5% от ВВП, и только 7% из общих расходов на здравоохранение направлялись на первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) [1].

Кроме того, политика здравоохранения и ограниченный потенциал в оказании квалифицированной помощи на уровне первичного звена, даже при наиболее часто встречающихся состояниях, привели к увеличению числа направлений к узким специалистам и увеличению числа госпитализаций по поводу заболеваний, лечение которых в других странах осуществляется врачами первичного звена в условиях поликлиники. К примеру, терапевтам в поликлинике воспрещалось выставлять диагноз "бронхиальная астма" и, как правило, пациента направляли в стационар для установления диагноза пульмонологом. Слабую сторону данной системы, также отражает тот факт, что скрининг некоторых состояний (профилактические осмотры) проводились специалистами, например, даже здоровых детей, поступающих в школу или дошкольные образовательные учреждения, направляли к 6 узким специалистам. Аналогично, акушеры-гинекологи в обязательном порядке направляли беременных женщин к терапевту, стоматологу, окулисту, отоларингологу и эндокринологу (такая практика и сейчас продолжает существовать в некоторых учреждениях).

Эти недостатки в организации и предоставлении медицинской помощи населению сочетались со значительными ограничениями бюджета страны, в этой ситуации возникла необходимость во внедрении полномасштабной реформы первичного звена здравоохранения, и было принято решение развивать реформу первичной медико-санитарной помощи на философской и структурной основе семейной медицины.

2. Была ли семейная медицина той специальностью, которую нужно было внедрять и усиливать в Кыргызстане?

В Кыргызстане термин "семейная медицина" трактуется неточно. Существующие вокруг реформы вопросы и обвинительные заключения диктуют необходимость уточнения терминологии, прежде чем перейти к детальному обсуждению научно обоснованных данных о семейной медицине. Термин "Семейная медицина" был впервые использован в Соединенных Штатах для обозначения специальности, которая обеспечивала бы всестороннюю, координированную помощь пациентам обоих полов и всех возрастов на уровне первичного звена здравоохранения. Такие услуги предоставлялись врачами задолго до внедрения специальности "семейный врач", но их называли "врачами общей практики", они проходили короткий, обычно одногодичный, курс последипломного обучения. С внедрением семейной медицины как специальности это обучение было продлено до 3-х лет и были установлены четкие профессионально-квалификационные стандарты для врачей данной специальности. В других странах, термин "врач общей практики" относится к врачам, которые закончили продолжительную программу последипломного обучения по оказанию первичной медико-санитарной помощи (в отличие от врачей, которые завершили только одногодичную программу интернатуры). Первичную медико-санитарную помощь определяют как "обеспечение комплексной, доступной медицинской помощи врачами, которые несут ответственность за удовлетворение многочисленных потребностей индивидуумов в медицинской помощи, создание крепкого партнерства с пациентом, и осуществление врачебной практики в контексте семьи и общества"[2,3]. Семейные врачи не могут заменить акушер - гинекологов, педиатров, кардиологов, офтальмологов и других специалистов. Но качественно подготовленные семейные врачи могут осуществлять лечение приблизительно 85% заболеваний и состояний, часто встречающихся в условиях поликлиники, направляет пациентов к специалистам при остальных 15% заболеваний, которые не входят в рамки их компетенции. Помощь, оказываемая семейными врачами в тесном и долговременном сотрудничестве с пациентом и его семьей, позволяет клиницистам понимать психосоциальные и экономические факторы, которые могут повлиять на принятие решений относительно лечения.

Переподготовка в Кыргызстане более 2700 терапевтов, педиатров и акушер - гинекологов на краткосрочных (4-х месячных) курсах по семейной медицине никогда не ставила целью сделать из них полноценных семейных врачей и даже "врачей общей практики" в том понимании, в котором эти термины используются в других странах. Действительно, за такой короткий период обучения нельзя вооружить врачей всеми знаниями и навыками, необходимыми для того, чтобы индивидуально предоставлять полный объем услуг смешанной категории пациентов (всех возрастов и обоих полов). Прежде всего,

эти курсы были направлены на ознакомление специалистов с основными принципами семейной медицины (комплексность, непрерывность, скоординированная медицинская помощь, фокусированная на пациента). Также эти курсы включали обучение ключевым аспектам семейной медицины, с тем, чтобы группа (ГСВ), состоящая, как минимум из одного терапевта, одного педиатра и одного гинеколога, могла предоставить полный объем услуг первичной медико-санитарной помощи. Следует признать, что до внедрения реформы здравоохранения большинство врачей в отдаленных регионах, из-за нехватки медицинских специалистов, уже предоставляли услуги, которые выходили за рамки их основной специальности. На краткосрочном курсе по СМ они получили те необходимые знания и навыки по актуальным темам здравоохранения, которые не изучались в рамках их основной специальности.

И так, было ли разумным решение адаптировать и внедрить семейную медицину в ответ на некоторые серьезные проблемы здравоохранения, с которыми Кыргызстан столкнулся в середине 90-х? Некоторые аргументировали бы это острой необходимостью в снижении расходов на здравоохранение. Но было ли внедрение семейной медицины жертвой качеству? Данные, которые существовали до реформы и дополнительные исследования, выполненные в течение последних 10 лет, в значительной мере свидетельствуют в пользу вывода о том, что системы здравоохранения, где присутствует сильное ПМСП, характеризуются не только экономической эффективностью, но и равнозначными или улучшенными результатами по сравнению с системами, где преобладают специалисты.

Доказательства в пользу качества.

Бытует представление о том, что в Кыргызстане качество медицинской помощи, предоставляемой на уровне первичного звена здравоохранения, пошло на убыль с началом крупных реформ в системе здравоохранения. Является ли данное представление обоснованным? Об этом невозможно судить без использования строго тех же индикаторов качества для сравнения уровня медицинской помощи, предоставляемой сейчас с качеством медицинской помощи, существовавшей до реформы. Некоторые национальные показатели здравоохранения улучшаются, напри-

мер, снижение детской смертности; другие показатели, например, уровень смертности от сердечно - сосудистых заболеваний, рост которого наблюдался в течение нескольких лет, за последнее время стабилизировался. Показатель материнской смертности в 2009 г. действительно, повысился по сравнению с предыдущими годами. Однако, было бы неправильно смотреть односторонне на тенденцию ухудшения, так называемых "индикаторов эффективности здравоохранения" и делать необоснованные выводы, обвиняя первичную медико-санитарную службу, и возлагать на нее всю ответственность за якобы безуспешную реформу первичного звена здравоохранения. Эти индикаторы являются отражением множества факторов, некоторые из них не связаны напрямую с оказанием помощи на уровне первичного звена здравоохранения: например, нарушение питания, связанное с бедностью, влияющее на эффективность здравоохранения находится абсолютно вне контроля сектора здравоохранения.

Был проведен анализ десяти исследований, проведенных в США в период с 1985 г по 2005 г, чтобы оценить и прогнозировать влияние обеспеченности (укомплектованности) кадрами первичной медико-санитарной службы на результаты эффективности здравоохранения при увеличении числа врачей первичного звена, обслуживающих 10 тыс. населения на одну штатную единицу. По результатам этих исследований наблюдалась связь между обеспеченностью кадрами первичного звена и улучшением результатов эффективности здравоохранения, в частности, по таким показателям как уровень общей смертности, уровень смертности от онкологических, сердечно - сосудистых заболеваний, инсульта и уровень детской смертности; процент рождения с низким весом, ожидаемая продолжительность жизни и самооценка здоровья. Увеличение числа медработников первичного звена, обслуживающих 10 тысяч населения, на одну штатную единицу сопровождалось снижением среднего показателя смертности на 5,3% [4]. Исследование, проведенное в 2003 г. показало, что снижение этого показателя было более существенным, когда штат ПМСП увеличивается на одного семейного врача (соответственно, терапевта и педиатра). При этом, уровень смертности снижается на 9% с каждым новым врачом на 10 тысяч

населения, и это статистическая зависимость остается значимой, после корректировки на неравенство доходов, уровень образования, безработицу и процент городского населения [5]. Такое влияние, даже в большей степени имело место в социально бедных районах (определяемых высоким уровнем неравенства доходов) [6]. В другом исследовании, проведенном в США сделан вывод, что среди различных факторов, влияющих на эффективность здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь является, безусловно превосходящим фактором в отношении лучшего состояния здоровья, соотносящегося с более низким показателем общей смертности, с более низким уровнем смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, увеличением средней продолжительности жизни, с более низким уровнем детской смертности и снижением процента рождения с низким весом. В отличие от этого, увеличения обеспеченности узкими специалистами отрицательно влияет на показатель общей смертности, смертность от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, при этом ниже показатель средней продолжительности жизни, выше уровень младенческой смертности и процент рождения детей с низким весом. Авторы рекомендовали переориентировать политику здравоохранения США от практики предоставления дорогостоящей медицинской помощи, ориентированной на болезнь (а не на пациента в целом) и фокусированной на лечении, к практике оказания менее затратной, ориентированной на профилактику медицинской помощи, на уровне первичного звена здравоохранения [7].

Подобным же образом, в Англии, стандартизированный коэффициент общей смертности в возрастной категории от 15 до 64 лет ниже в тех областях, где преобладает укомплектованность врачами общей практики. (В Англии, педиатры и терапевты функционируют не как врачи первичного звена). С каждым новым врачом общей практики на 10 тысяч населения (повышение укомплектованности на 15-20%) наблюдается снижение уровня смертности на 6% [8]. В Испании, усиление первичного звена путем реорганизации служб здравоохранения было поддержано новым законом в середине 80-х годов. Влияние этой реформы на эффективность здравоохранения было оценено через 10 лет пу-

тем анализа показателей уровня смертности по основным причинам. Смертность, связанная с гипертонзией и инсультом значительно снизилась в тех районах, где реформа была внедрена раньше [9]. Заметное снижение уровня детской смертности (от 60 на 1,000 живорожденных в 1970 г. до 19 на 1,000 в 1985 г.) было достигнуто в Коста-Рике, благодаря внедрению реформ, ориентированных на предоставление медицинской помощи населению через команды/группы первичной медико-санитарной помощи, ответственные за обслуживание 1000 домохозяйств каждая. В различных исследованиях подсчитано, что усиление только лишь первичного звена здравоохранения привело к снижению детской смертности в пределах от 40% до 75% [10,11,12]. В статье, опубликованной в журнале Lancet за 2003 г., проведен анализ предотвратимых случаев смерти у детей и сделано заключение, что в 42 странах, на которые приходится 90% случаев детской смертности в мире, 63% случаев смерти могли бы быть предотвращены путем полной реализации потенциала первичной медико-санитарной помощи [13].

Имеется ряд международных сравнительных исследований, которые могут иметь отношение к вопросу, рассматриваемому в Кыргызстане. Эти исследования проведены с целью изучения взаимосвязи между потенциалом первичного звена здравоохранения и результатами эффективности здравоохранения. В одном из таких исследований проводится сравнение первичного звена 18 различных индустриальных стран. Услуги были оценены в соответствии с основными характеристиками первичной медико-санитарной помощи (включая, помощь при первичном контакте; непрерывная помощь, фокусированная на пациента; комплексность и координация медицинской помощи). Также оценивалась политика здравоохранения в отношении первичной медико-санитарной помощи, с использованием таких индикаторов как справедливое распределение ресурсов здравоохранения, гарантированное финансирование, отсутствие или низкая оплата за услуги здравоохранения, процент врачей, которые не являются работниками первичного здравоохранения, и заработная плата врачей первичного звена здравоохранения относительно заработной платы других специалистов. В этих исследованиях авторы в равной мере от-

мечают, что более сильная первичная медико-санитарная служба сопровождалась улучшением результатов эффективности здравоохранения (общая смертность; преждевременная смертность от специфических причин, как бронхиальная астма, бронхит, эмфизема, пневмония и сердечно-сосудистые заболевания) даже после корректировки на неравенство доходов, процент курения и число врачей на 1000 населения. Страны со слабой первичной системой здравоохранения имели более низкие показатели по основным аспектам здравоохранения. В исследовании подсчитано, что при повышении оценки первичного звена здравоохранения на 5 пунктов (по 20-бальной шкале), можно было бы ожидать снижения преждевременной смертности от астмы и бронхита хотя бы на 6.5% и преждевременной смерти от болезней сердца, хотя бы на 15% [14].

В странах с низкой оценкой ПМСП (по той же 20-бальной шкале) отсутствовали такие характеристики, как оказание широкого спектра услуг врачами первичного звена, ограничение направлений к узким специалистам, оказание помощи всем членам семьи одним и тем же врачом первичного звена.

Когда идет сравнение качества помощи, оказываемой врачами общей практики и специалистами, исследования показывают противоречивые результаты, в зависимости от типа индикаторов, использованных в том или ином исследовании. Большинство исследований дают заключение, что качество медицинской помощи предоставляемой специалистами выше при специфических состояниях, входящих в область компетенции данного специалиста, если качество помощи оценивалось с использованием таких индикаторов качества, как выполнение специфических профилактических и лечебных мероприятий по поводу данного заболевания [15].

Однако, в других исследованиях, в которых использовались индикаторы качества, больше отражающие общие показатели состояния здоровья населения, нежели болезнь - специфические показатели сделано заключение, что врачи общей практики/семейные врачи обеспечивают помощь такого же качества, как и другие специалисты или даже лучше [16,17]. Starfield делает заключение:

"Врачи первичного звена, оказывают такого

же качества помощь, что и узкие специалисты при специфических, часто встречающихся заболеваниях и качество ухода лучше, если оно определено по показателям общего состояния здоровья. При менее распространенных заболеваниях помощь, предоставляемая врачами первичного звена, может быть оптимальной при соответствующей поддержке специалиста узкого профиля; при редких заболеваниях, помощь соответствующего специалиста, несомненно важна, поскольку врачи первичного звена недостаточно часто встречаются такие заболевания в своей практике, чтобы поддерживать свою компетенцию по их лечению" [18].

Многочисленные исследования, проведенные в разных странах, показывают, что уровень госпитализаций снижастся у семейных врачей или врачей общей практики по сравнению с другими специалистами [19,20,21].

Профилактические услуги в большей степени предоставляются врачами общей практики, по сравнению с другими специалистами [22,23], процент раннего выявления различных видов злокачественных новообразований, связан с высоким процентом укомплектованности врачами первичного звена [24,25].

Доказательства в пользу экономической эффективности.

В дополнение к улучшению результатов эффективности здравоохранения, оптимальная обеспеченность кадрами первичного звена сопровождается снижением общих затрат на медицинские услуги. В областях, где больше врачей первичного звена на численность населения, общие затраты на здравоохранение ниже, чем в других областях, возможно, за счет профилактической помощи и низкого уровня госпитализаций [26].

Затраты на оказание медицинской помощи при часто встречающихся заболеваниях выше, если помощь или услуги обеспечиваются специалистами, а не врачами общей практики, при этом нет различий в результатах оказания медицинской помощи [27]. Международные сравнительные исследования первичного здравоохранения также показывают, что в странах со слабой первичной медико-санитарной помощью затраты на здравоохранение выше [28].

3. Была ли в Кыргызстане реформа пер-

вичного звена здравоохранения успешной?

Чтобы ответить на этот вопрос, прежде всего, следует уточнить, какими критериями определяется "успех", и по этим критериям оценить достигнуты ли улучшения. В отношении реформы первичного звена здравоохранения, успех можно определить как расширение объема услуг, предоставляемых ГСВ; повышение уровня соответствия практики врачей ГСВ клиническим протоколам по лечению заболеваний, входящих в сферу услуг семейных врачей; повышение удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, предоставляемыми на первичном уровне; улучшение доступа к первичной медико-санитарной помощи для всех социально-экономических слоев населения и др.

Всесторонний обзор реформы здравоохранения "Манас" был завершен в 2005 г., его итоги были подведены в отчете д-ра Рифата Атун, директора Центра управления здравоохранением, Имперского колледжа Лондона [1].

В отчете представлена оценка реформирования здравоохранения, выполненная на тот период, включая оценку результатов внедрения системы Единого плательщика, программы государственных гарантий, амбулаторного пакета лекарственных средств и других программ, которые напрямую влияют на стоимость и доступность услуг ПМСП. Были сделаны следующие **выводы:**

- распределение услуг ПМСП среди различных социально-экономических групп населения показало "значительное" улучшение равенства в доступе к медицинским услугам.

- расширился объем услуг, предоставляемых ГСВ, 80-90% групп семейных врачей предоставляют медицинские услуги при туберкулезе и инфекциях, передающихся половым путем. В регионах, где реформа значительно продвинулась вперед, врачи ГСВ могли предоставлять услуги в области психического здоровья.

- в регионах с "продвинутой" стадией реформы врачи ГСВ значительно чаще проводили лечение острых и хронических состояний, часто встречающихся в ПМСП, чем их коллеги в регионах с начальной (г. Ош) и промежуточной (г. Бишкек) стадиями реформ.

- клинические руководства по лечению часто встречающихся заболеваний, основанные на доказательной медицине, а также руководства по

ИВБДВ и ДОТС, с большей частотой использовались врачами ГСВ в продвинутых по реформам регионах, по сравнению с областями с промежуточной и начальной стадиями реформ.

- врачи ГСВ, в продвинутых по реформе регионах, в большей степени были вовлечены в мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, чем врачи ГСВ в областях с промежуточной и начальной стадиями реформ.

- за весь период реформы наблюдалось очевидное улучшение таких функций ПМСП, как функция сортировки больных и функция первого контакта, с уменьшением числа случаев госпитализаций и направлений к специалистам при состояниях, которые должны быть пролечены на уровне первичного звена семейными врачами. Анализ трехлетнего периода показал, что число направлений к специалистам при инфекциях нижних дыхательных путей и заболеваниях уха, горла, носа снизилось почти на 50%.

Автор сделал следующее **заключение:** результаты подтверждают преимущества первичной медико-санитарной помощи, основанной на принципах семейной медицины, с расширением объема услуг на уровне первичного звена... Улучшение ключевых функций первичного звена, в свою очередь, привело к уменьшению уровня направлений на госпитализацию, и тем самым, к повышению эффективности и экономичности системы здравоохранения [1].

Просматривая данные, собранные Республиканским медико-информационным центром (РМИЦ), в период с 2003 г. по 2008 г., мы видим очевидные факты улучшения медицинской помощи на уровне первичного звена здравоохранения [29,30]. Кыргызстан имеет высокий уровень распространенности артериальных гипертензий среди взрослого населения. Артериальные гипертензии все еще недостаточно диагностируются, поскольку скрининг данного состояния не проводится должным образом на уровне первичного звена. Однако, ПМСП рапортует о повышении уровня распространенности АГ на 31% в период с 2003 по 2008 гг., что отражает улучшение выявляемости. В этот же период, процент оказания неотложной помощи (на 100 пациентов) в связи с гипертензией, на уровне первичного звена и скорой медицинской помощи снизилось на 46% и 30% соответственно, отражая улучшение контроля гипертензии, как пока-

зателя качества ПМСП. Схожая ситуация с бронхиальной астмой (БА): улучшение выявляемости привело к повышению в отчетах показателя распространенности БА на 8%, в то время как, процент оказания неотложной помощи при БА на уровне ПМСП и ССМП снизилась на 49% и 42% соответственно. Уровень распространенности язвенной болезни уменьшился на 15% в период с 2003 по 2008 г., со снижением числа случаев оказания неотложной помощи при язвенной болезни, оказываемой в ГСВ и снижением уровня госпитализаций на 25%.

Основываясь на имеющихся доказательствах, мы убеждаемся, что эффективность ПМСП в Кыргызстане в действительности повысилась в результате реформы здравоохранения, что было ожидаемо, исходя из вышеупомянутых международных исследований, которые подчеркивают важность сильного первичного звена для сектора здравоохранения. Однако, как мы совместим тенденцию ухудшения некоторых показателей здравоохранения с исследованиями, подтверждающими улучшение эффективности первичной медико-санитарной помощи в КР? Не исключено, что попытки обвинить реформу первичного звена здравоохранения были поспешными, приводя к типичной логической ошибке: "после этого, значит вследствие этого"? Несомненно, что есть ряд проблем, на которые следует обратить внимание лидерам, ответственным за разработку политики в области здравоохранения, прежде чем делать поспешные выводы.

Возьмем для примера усугубление кадрового кризиса. В соответствии с международными стандартами в Кыргызстане к началу реформы здравоохранения было оптимальное число врачей (3.2 врача на 1000 населения, для сравнения, в странах - членах Организации экономического сотрудничества и развития это число составляет 2.1 на 1000 населения). Однако, эти кадровые ресурсы были распределены неравномерно, преобладающее число врачей было сосредоточено в Бишкеке, в то время как отдаленные регионы испытывали недостаток во врачебных кадрах [1]. К 2006 году в Кыргызстане число врачей составляло 2.0 на 1000 населения, со значительным снижением их числа в отдаленных районах. Так, например, в Топском районе Иссык-кульской области и Наукатском районе Ошской области число врачей составило толь-

ко 0.7 на 1000 населения. К 2008 году в целом по республике группы семейных врачей были укомплектованы лишь на 65% по сравнению с 2005 г. когда укомплектованность семейными врачами составляла 74%. С 2005 по 2007 гг. среднее число пациентов, приписанных к одному врачу ГСВ увеличилось от 3365 до 4552, или на 35%.

В соответствии с национальными нормативами - один семейный врач на 1500 населения, в Кыргызстане должно быть 3353 специалистов семейной медицины, однако в 2008 г их число составило 1462. Доступность специалистов для оказания помощи пациентам, которые были направлены врачами первичного звена, также влияет на индикаторы здравоохранения. Из предусмотренных 453 мест для педиатров, лишь 31 специалист работают в центрах семейной медицины за пределами Бишкека. Аналогично, в ЦСМ было предусмотрено 238 мест для акушеров - гинекологов, но только 61 специалист работают за пределами столицы. Число кардиологов, ортопедов и урологов, практикующих в ЦСМ за пределами Бишкека едва ли не один специалист на весь район, а в некоторых районах эти специалисты отсутствуют вовсе!

Глубокую обеспокоенность вызывают результаты изучения ситуации с кадровыми ресурсами, проведенного в 2007 г. Центром анализа политики здравоохранения [31]: из 141 практикующих врачей в возрасте до 50 лет у 48% были планы покинуть место работы в течение последующих 12 месяцев; из них 85% уже имели приглашение на работу в Россию или Казахстан. Среди врачей старшего возраста (предпенсионного и пенсионного) 28% также планировали выехать в Россию или Казахстан. Невозможно знать в какой мере кадровый кризис оказал отрицательное влияние на статистику здравоохранения, но кто-нибудь может сомневаться в важности этой проблемы? И перед фактом такого кризиса, возможно ли рассматривать вопрос о возвращении к той системе, когда медицинская помощь преимущественно оказывалась специалистами?

В такое поворотное время, когда страна должна решить, идти вперед по пути усиления первичной медико-санитарной помощи или вернуться назад к системе, основанной на узкоспециализированной помощи, нужны лидеры, опи-

рающийся на научно обоснованные факты. Доказательства, поддерживающие важность усиления первичного звена доступны, как в Кыргызстане, где результаты подтверждают состоятельность реформы ПМСП, так и за рубежом, где исследования неизменно свидетельствуют об улучшении эффективности и снижении затрат на здравоохранение там где имеется очень сильное первичное звено здравоохранения. Усилия теперь должны быть направлены на улучшение существующей системы ПМСП. Кыргызстан не может и дальше терять врачебные кадры. Мы должны сделать все зависящее от нас, чтобы сделать специальность семейного врача привлекательной для студентов, оканчивающих медицинские ВУЗы, в то же время поддерживая и укрепляя потенциал врачей, работающих в ГСВ, обеспечивая их оптимальной заработной платой, финансированием ежегодных курсов непрерывного профессионального развития и поддерживая их участие в программах по повышению качества, координируемых Ассоциацией групп семейных врачей. Не столь важно, как мы называем врачей ГСВ ("семейными врачами" или "педиатрами" и т.д.), важны объем и качество предоставляемых ими услуг. Значительные успехи достигнуты за последние несколько лет в разработке новых клинических руководств для первичного уровня здравоохранения, основанных на доказательной медицине, но впереди предстоит много работы по внедрению этих протоколов в практику с целью повышения качества медицинской помощи. Организаторы здравоохранения при поддержке международных партнеров в области развития разрабатывают стратегию, чтобы осуществить это, но успех зависит от финансовых инвестиций и политической поддержки со стороны Правительства Кыргызской Республики.

Литература

1. Atun R. Оценка реформы здравоохранения "Манас" (1996-2005): Акцент на первичную медико-санитарную помощь. Проект анализа политики здравоохранения. Документ исследования политики № 29. March 2005.
2. Institute of Medicine. 1978. Кадровая политика для первичной медико-санитарной помощи. IOM Publication 7802. Washington, DC: National Academy of Sciences

3. Donaldson, M. S., K. D. Yordy, K. N. Lohr, and N. A. Vanselow. 1996. Первичная помощь: Здоровье Америки в новой эре. Washington, DC: National Academy Press.

4. Macinko J, B Starfield, L Shi. Количественное определение преимуществ здравоохранения, укомплектованного врачами первичного звена в Соединенных Штатах. *Int J Health Serv.* 2007; 37(1): 111-26.

5. Shi, L. et al. Взаимосвязь между первичной медико-санитарной помощью и стандартизированным показателем уровня возрастной смертности в США. 1980, 85, 90, 95. *J Am Board Fam Pract*, 2003; 16: 412-22.

6. Starfield, B, L Shi, J Macinko. Вклад первичной медико-санитарной помощи в системы здравоохранения и здоровье. Document 3, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. 2005.

7. Shi, L. Первичная помощь, специализированная помощь и жизненные возможности. *Int J Health Serv*, 1994: 24(3):431-58.

8. Gulliford, M. C. Доступность первичной медико-санитарной помощи и здоровье населения в Англии: существует ли Ассоциация? *Journal of Public Health Medicine.* 2002, 24:252-54.

9. Villalbi, J. R., A. Guarga, M. I. Pasarin, M. Gil, C. Borrell, M. Ferran, and E. Cirera. Оценка влияния реформы первичной медико-санитарной помощи на здравоохранение. *Atenci?n Primaria.* 1999, 24:468-74.

10. Haines, M. and R. Avery. Дифференцированная детская и младенческая смертность в Коста-Рике. *Differential Infant and Child Mortality in Costa Rica. Population Studies.* 1982. 36:3143.

11. Klijzing, F. and H. Taylor. Снижение младенческой смертности в Коста-Рике, 1950-73: Modernization or Technological Diffusion? *Malaysian Journal of Tropical Geography.* 1982. 5:2229.

12. Rosero-Vixby, L. Младенческая смертность в Коста-Рике: объяснение недавнего снижения. *Studies in Family Planning.* 1986. 17:57-65.

13. Jones, G., R. W. Steketec, R. E. Black, Z. A. Bhutta, and S. S. Morris. 2003. Сколько случаев детской смертности мы можем предотвратить в этом году? *Lancet* 362:65-71.

14. Macinko, J., B. Starfield, and L. Shi. Вклад первичной медико-санитарной помощи в улучшение результатов эффективности здравоохранения в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), 2003. 1970-

1998.

15. Harrold, L. R., T. S. Field, and J. H. Gurwitz. Знания, стандарты помощи, и результаты помощи, предоставляемой врачами широкого профиля и специалистами. *Journal of General Internal Medicine* 1999.14:499-511.

16. Grumbach, K., J. V. Selby, J. A. Schmittdiel, and C. P. Quesenberry, Jr. Качество первичной медико-санитарной помощи в крупных ЛПО в соответствии со специальностью врача. *Health Services Research*. 1999. 34:485-502.

17. Donohoe, M. T. Сравнение медицинской помощи, обеспечиваемой врачами общей практики и специалистами: различия, недостатки, и чрезмерность. *Archives of Internal Medicine*. 1998. 158:1596-1608.

18. Starfield, et al. 2005. Ibid.

19. Gulliford, M. C. Доступность первичной медико-санитарной помощи и здоровье населения в Англии: существует ли Ассоциация? *Journal of Public Health Medicine*. 2002. 24:252-254.

20. Greenfield, S., E. C. Nelson, M. Zubkoff, W. Manning, W. Rogers, R. L. Kravitz, A. Keller, A. R. Tarlov, and J. E. Jr Ware. Вариации использования ресурсов среди медицинских специалистов и систем здравоохранения. Results from the Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association*. 1992. 267:1624-1630.

21. Casanova, C., C. Colomer, and B. Starfield. Госпитализация детей по поводу состояний, лечение которых возможно в амбулаторных условиях (Валенсия, Испания). *Международный журнал по качеству в системе здравоохранения*. 1996. 8:51-59.

22. Bertakis, K. D., E. J. Callahan, L. J. Helms, R. Azari, J. A. Robbins, and J. Miller. Physician Стили врачебной практики и результаты для пациента: различия между семейной медициной и общей терапией. *Медицинская помощь*. 1998. 36:879-891.

23. Bindman, A. B., K. Grumbach, D. Osmond, K. Vranizan, and A. L. Stewart. Первичная медико-

санитарная служба и получение профилактических услуг. *Journal of General Internal Medicine*. 1996. 11:26276.

24. Campbell, R. J., A. M. Ramirez, K. Perez, and R. G. Roetzheim. Частота распространенности шейки матки и обеспеченность врачами первичного звена во Флориде. *Семейная медицина*. 2003. 35:60-64.

25. Roetzheim, R. G., N. Pal, E. C. Gonzalez, J. M. Ferrante, D. J. Van Durme, J. Z. Ayanian, и J. P. Krischer. Влияние укомплектованности врачами на раннее выявление рака ободочной и прямой кишки. *Journal of Family Practice*. 1999. 48:850-858.

26. Franks, P., K. Fiscella. Врачи первичного звена и специалисты, как индивидуальные врачи. *Health Care Expenditures and Mortality Experience*. 1998. *Journal of Family Practice* 47:105-109.

27. Whittle, J., C. J. Lin, J. R. Lave, M. J. Fine, K. M. Delaney, D. Z. Joyce, W. W. Young, и W. N. Karoog. Влияние квалификации врача на результаты, процесс и затраты на медицинскую помощь при внебольничной пневмонии. *Medical Care* 1998. 36:977-987.

28. Starfield, B. and L. Shi. Решающие факторы в политике здравоохранения: международные перспективы. *Health Policy*. 2002. 60:201-218.

29. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2005 г. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2006.

30. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения в Кыргызской Республике в 2008 г. Министерство здравоохранения КР; Республиканский медико-информационный центр, 2009.

31. Кожокеев К, G Murzalieva, E Manjjeva. Почему наши врачи уезжают? Изучение причин миграции медицинских кадров в Кыргызстане. Документ исследования политики № 51. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ КР, май 2008.