Качество Медицинских Услуг В Кыргызстане

The Quality of Medical Services in Kyrgyzstan

Assoc. Prof. Dr. Damira Japarova (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)

Dr. Damira Baigonushova (Kyrgyzstan-Turkey Manas University, Kyrgyzstan)

Abstract

Human health determines the measure of socioeconomic development of the country. Inspiration of health workers' work's quality does not go beyond the salary. Doctors noted a lack of motivation to improve the quality of medical services. The reason for the low quality of treatment is the lack of modern technology and the deficiency of specialists. A significant part of the funds should be directed to financing of outpatient level instead of expensive hospital care. It is necessary to implement financing on disease prevention. The quality of polyclinics should be evaluated by considering the number of prescribed or treated patients, where the patient gives his vote using his personalized account.

1 Введение

Здоровье отдельного члена общества определяет состояние здоровья нации в целом. Здоровая нация является залогом развития экономики и культуры страны. Следовательно развитие здравоохранения, её доступность и качество должны стать первоочередной задачей государства (Rosmedstrah, 2016). Согласно определению всемирной организации здравоохранения, "Здоровье - это состояние, характеризующее не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и полное физическое, умственное и социальное благополучие" (Narya, 2016).

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

2 Анализ качества оказания стационарной помощи

Анализ качества оказания стационарной помощи в Кыргызстане выявил в I квартале 2014г. 1375 дефектных случаев. Из них дефекты лечения составляют 44,2%, количество необоснованных госпитализаций – 23,4%, за что были удержаны финансовые санкции на общую сумму 1150,1тыс. сомов. Попытаемся выяснить причину такой картины с помощью анализа анкетных данных проведенных в 2014 году.

В ходе анкетирования 61,8% врачей, доктора отметили отсутствие мотивации, т. е. материального стимула в работе к повышению качества труда. 93% врачей не устраивает их заработная плата. Другая причина низкого качества лечения состоит в отсутствии современной технологии лечения. Во многих стационарах, особенно в регионах, в виду ограниченности ресурсов, невозможно провести даже развернутый общий анализ крови, или сделать 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 за свой счет и на свои средства. Они ждали комиссию по аккредитации лечебного учреждения (Чуйская область Город Токмак).

Третья причина, по мнению врачей, состоит в отсутствии самостоятельности лечения. Клинические протоколы устарели - 2008 года. Врачи считают, что они ограничивают лечение. В целях экономии средств, по нормативу заложены относительно дешевые лекарства. Лечение амоксицилином, мукалтином, к чему организм привыкает с детства, эффекта не дает. 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 инвалидности, особенно среди детей, о чем говорили врачи в ходе прямой беседы с ними.

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 ФОМСа. Врачи - эксперты ФОМСа не клиницисты, но проверяют, возмущаются врачи.

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 тысяч сомов в месяц.

Главная причина низких показателей лечения - недостаток врачей - специалистов в Бишкеке, не говоря о 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 51,1 % представляют люди пожилого возраста. Депозит молодого врача составляет 3 тысячи сом. И заработная плата работников без стажа - 5 тысяч сом по тарифу, в итоге молодые врачи получают 8 тысяч сом. Имеет место утечка кадров в частные медицинские центры. Например, областная больница в регионе в течение 3 лет работает без лор врача! (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 № 411 от 6 июня 2006 года (ФОМС КР, 2015) соблюдается следующая пропорция: 85% фонда заработной платы предназначены для выплаты заработной платы медицинским работникам. Оставшиеся 15% расходуются для административных работников и АХЧ.

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

С повышением заработной платы медицинских работников в Кыргызстане, их доходы увеличились. Однако желание получать дополнительные доходы от пациентов не исчезло. Как показывает практика, оплата медицинской помощи, производимая неформально, в руки медицинским работникам, получила широкое распространение в здравоохранении Кыргызстана. Это не только роняет имидж врачей, также создаёт материальные проблемы пациентов. Низкая заработная плата врачей создаёт условия неофициальной платы в медицине КР. Как было отмечено выше, из числа опрошенных врачей 93% не устраивает их низкая заработная плата.

Основная часть сельского населения не имеет страховки, значит, нет поступлений средств на их лечение, отказать им в лечении невозможно, так как эти люди с запущенной формой заболеваний. Очевидно, это и является причиной необоснованных госпитализаций.

Помимо указанных причин низкого качества лечения, врачи указывают на большую загруженность. Например, 40% пациентов в Токмакской территориальной больнице представители из Чуйского района. За них страховые деньги не поступают. Стационар имеет непредусмотренные расходы, за иногородних деньги не получает. В данном случае, принцип страхования – деньги идут за пациентом не срабатывает. В результате миграции аналогичная ситуация сложилась и в городских поликлиниках и больницах города Бишкек. В связи с этим идентификация и введение электронных счетов позволило бы использовать страховые средства по месту обращения пациентов за медицинской помощью и по месту лечения. Частые проверки фискальных органов - счетной палаты, ФОМСа мешают основной работе, считают врачи.

Кроме того причинами роста госпитализаций в стационарных учреждениях республики отмечаются следующие факторы:

Методы оплаты медицинских услуг стационарных учреждений за пролеченный случай стимулируют организации здравоохранения увеличивать госпитализацию;

Рост числа льготных категорий населения, получающих медицинские услуги по Программе государственных гарантий на бесплатной основе, приводят к несбалансированности государственных обязательств и финансовых ресурсов.

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 с многих регионов, так как там отсутствуют узкие специалисты. Кроме того административные центры, министерство и ведомства тоже расположены в столичном центре, что связано с расходом финансовых ресурсов.

3 Анализ качества первичной медико-санитарной помощи

В республике функционируют 64 ЦСМ, 28 ЦОВП, где работают 691 ГСВ. Количество посещений врачей составляет 19 миллионов. Базовая программа обязательного медицинского страхования включает первичную медико-санитарную помощь, профилактику и услуги скорой помощи. Качества медицинских услуг на первичном уровне, дефекты лечения составили 46,4%. Для выяснения причин рассмотрим структуру и динамику расходов программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг.

Показатели	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%

Таблица 1 Динамика и структура расходов программы государственных гарантий по поставщикам медицинских услуг за 2009-2013 годы. (млн.руб.) **Источник:** составлена по данным ФОМС КР 2009-2015 годы

Из таблицы мы видим, что до 58,7% средств Программы государственных гарантий направляется на оказание стационарной помощи, которая увеличилась в 2015 году по сравнению с 2009 годом почти в 2,2 раза. И за последние 5 лет продолжается тенденция преимущественного финансирования стационарного лечения по сравнению с оказанием первичной санитарно- профилактической помощи населению. В поликлиниках подушевое финансирование составляет 502 сома на приписанного человека, тогда как в стационары за пролеченный случай предусмотрена выплата 7300сомов. Отсюда, кажется, что изначально настрой на то, чтобы пациенты получили осложнение и были направлены на стационарное лечение.

По учреждениям первичной медико-санитарной помощи нормативы финансирования по регионам с 2010 года единые. 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. Поэтому существующее распределение финансовых средств считается крайне без результативным.

При этом наблюдается большая нагрузка. Например лор врач в поликлинике в районном центре должен принять в месяц 420-460 человек, что нереально. Одна машина скорой помощи на поликлинику. Очень узкий перечень больных можно лечить в стационарах. Хронизация идет огромная, дети болеют каждые 2-3 месяца. У многих детей возраста 6-7 лет гайморит, говорят врачи.

В Республике Беларусь, например, 70% больных получают полноценное лечение в поликлиниках и нет необходимости их дальнейшего лечения в стационарах. Поэтому там люди живут дольше, 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.

Необходимо осуществить финансирование на профилактику болезней.

4 Использование финансовых ресурсов

Как было отмечено выше, важным моментом в реформировании системы финансирования сектора здравоохранения стал переход на формирование и исполнение бюджета на бесстатейной основе в программном формате.

Наименование	2009	2011	2013	2014	2015	2015г. в % к 2009 г.
Республик. 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 норм.	30	30	45	45	50	150,0
Местный бюджет г. Бишкек						
Стационары –базовая ставка	1340	1340	1110	3387	2855	213,0
ЦСМ – подуш. Норм.	-	97	94	220	222,8	-
ГСВ – подуш. Норм.	-	97	93	220	222,8	-
Стоматология	-	16	14	36	32,9	-
Скорая помощь, на 1бригаду	-	166038	176540	372252	377000	-

Таблица 2. Базовые нормативы для формирования бюджета Программы государственных гарантий по видам оказываемых медицинских услуг в разрезе источников финансирования, сом. **Источник:** составлена по данным ФОМС КР 2009-2015 годы.

Как видно из таблицы, нормативы по ПГТ в 2015 году по сравнению с 2009 годом 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.Бишкек 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 годах для ГСВ подушевой норматив на одного застрахованного гражданина в год был утвержден в размере 176,67 сомов, за пролеченный случай в стационаре – 4849сом.

Меньшими темпами росли также нормативы, финансируемые из ФОМСа, но опять-таки большая часть из них направлена на стационарную помощь. Нормативы финансирования по средствам ОМС в 2015 в стационарах составили 1950сомов, а ГСВ 110 сомов.

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 году.

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

Вывод: Стационары перегружены, амбулаторно-поликлинические лечебные учреждения используются неэффективно и полностью отсутствуют лечебные центры по реабилитации больных, а также профилактики болезней.

Ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. По данным Министерства здравоохранения, для льготных категорий населения расходуются 94% государственных средств направленных на медицину.

Диаграмма 1. Доля льготников, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по ПГТ за 2013 год, (тыс.чел.,%) (Составлена по данным ФОМС КР 2009-2015 годы)

И для пациентов без льгот остаются всего 6% выделенных государством средств. На лекарство каждого пациента тратится 11 сомов, на еду -28 сомов, выделенных государством денег. Результат такого распределения средств – некачественное лечение. В итоге программа государственных гарантий не финансируется в достаточном объеме и носит декоративный характер. Больные сами оплачивают лечение.

Ясно, для развития здравоохранения необходим экономический рост. Однако это в будущем, а заболевших людей надо лечить сегодня. Чтобы решить эту проблему, необходимо сократить количество льготников и перевести их на платное лечение.

Диаграмма 2. Категории граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по Программе государственных гарантий бесплатно и на льготных условиях на 2013 год

Наблюдается увеличение госпитализации по всем регионам. Это показатель неэффективной работы на первичном уровне, т. е. недолеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. В 2016-м году стационарное лечение получили 400 тысяч граждан страны. Увеличение госпитализированных больных наблюдается по всему Кыргызстану. В стационаре в 2015-м году лечились 7,1 на 100 человек, в 2014-м 6,9 (24.kg, 2016).

В здравоохранении КР финансовые средства расходуются без эффекта. Медицинские учреждения имеют низкий уровень технологии. Большая часть средств расходуются в стационарах. Недооценивается роль первичной медицинской помощи в поликлиниках.

Динамика роста госпитализаций характеризует тот факт, что лечение в стационарах не сокращается, а напротив, увеличивается, что противоречит целям реформы в здравоохранении. Это показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно.

5 Выводы

В ходе анкетирования 61,8% врачей отметили отсутствие мотивации, т. е. 93% врачей не устраивает их заработная плата.

Другая причина низкого качества лечения состоит в отсутствии современной технологии лечения.

Третья причина, по мнению врачей, состоит в отсутствии самостоятельности лечения. Клинические протоколы устарели - 2008 года. Врачи считают, что они ограничивают лечение. В целях экономии средств, по нормативу заложены относительно дешевые лекарства.

Значительную часть средств Единого плательщика необходимо направлять на финансирование поликлинического уровня по сравнению с дорогостоящим стационарным лечением.

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

Качество работы поликлиники необходимо оценивать по количеству приписанных больных по выбору самого больного, где больной голосует своими средствами, которые имеются на его персонифицированном счете.

Литература

- www.foms.kg.
- Narya (2016). «Здоровье как общественное благо». <http://www.narya.ru/20.shtml>
- Rosmedstrah (2016). «Определение медицинской услуги». <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=479&offset=40&theme=9>.
- ФОМС КР (2015) «Условиями оплаты труда работников организаций здравоохранения Кыргызской Республики», утвержденными постановлением Правительства Кыргызской Республики № 411 от 6 июня 2006 года.
- 24.kg (2016). «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 году». http://24.kg/zdorove/16751_v_kr_s_nachala_goda_gospitalizirovali_bolee_400_tyisyach_patsientov/