

ISSN 1694-5581

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



ФИЗИОЛОГИЯ, МОРФОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ
ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ
КЫРГЫЗСТАНА

Ежегодный сборник научных статей Выпуск 11

Бишкек - 2011

АНАЛИЗ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Н.К. Касиев, КРСУ, г. Бишкек

Реформы здравоохранения в Кыргызстане, начатые в 90-е гг. в сложных экономических условиях, осуществлялись при существенной поддержке международных организаций. Необходимо было преобразовать жесткую, централизованно финансируемую и управляемую систему здравоохранения, сократить избыточные мощности и развивать первичное медицинское обслуживание. При этом следует отметить, что в этом отношении Кыргызстан опередил центральноазиатские республики. Достигнуты значительные успехи, но сделать предстоит еще многое. На первый план выходят четыре основные задачи: приведение затрат в соответствие с потребностями.

реорганизация больниц, усиление системы первичного медицинског обслуживания и восстановление общедоступности медицинско! помощи.

Структура государственных затрат не отвечала нуждам населенш и официальной политике государства в области здравоохранения Больничный сектор, вопреки планам реорганизации, продолжал расти Несмотря на официальные заявления, средства не былх перераспределены в пользу первичного медицинского обслуживания Подобная структура затрат не позволяет решать такие задачи, ка] пропаганда здорового образа жизни и улучшение здоровья детей і бедных семьях. Смертность от сердечно-сосудистых заболевание продолжала расти, равно как и распространенность инфекций, таких ка* туберкулез и бруцеллез. Преобразовать стационарное обслуживание оказалось непросто. Кыргызстан, как и другие страны бывшего СССР имел широкую сеть больниц, которая в значительной степени сохранилась в прежнем виде. Чтобы изменить эту систему, необходимо согласованные усилия, но использование устаревших методов! финансирования способствует ее сохранению. Раздробленна* административная структура приводит к дублированию: финансирования и медицинских служб, препятствует введению: планирования, основанного на численности населения. Медицинских работников готовят таким образом, что они полагаются ие специалистов, работающих в стационаре. Правительство до сих пор не смогло реализовать запланированное сокращение больничных бюджетов и установить пределы численности больничных коек Значительные усилия были приложены в сфере первичного медицинского обслуживания. Произошло объединение поликлиник Медицинские высшие учебные заведения теперь готовят врачей общей практики и проводят переподготовку участковых врачей Распространяется групповая врачебная практика, которая финансируется из расчета на душу населения. Однако переподготовка врачей в области общей практики занимает много времени. Общедоступность медицинского обслуживания была одной из основных черт советской системы здравоохранения. Теперь больным все чаще приходится официально платить за медицинские услуги (включая лекарственные средства) либо поощрять врачей взятками. В результате медицинская помощь становится недоступной малообеспеченным слоям населения, а государственное планирование и регулирование в сфере здравоохранения значительно затрудняется.

Учитывая сложность социально-экономической обстановки в целом и нереальность роста государственного финансирования (оптимального здравоохранения), в качестве альтернативного варианта был осуществлен переход на систему медицинского страхования, предусматривающую появление дополнительных источников финансирования, с полным осознанием того, что это вероятно.

единственный способ, который позволил сохраниться системе здравоохранения как таковой.

Введенный тариф на ОМС не носит сколько-нибудь научно обоснованный, обусловленный объективными потребностями отрасли характер. В первые годы советской власти, хотя страна находилась в разлуке, технологии медицинского страхования были продуманные и более эффективные.

Введенная в Кыргызстане система ОМС отличается от таковой в зарубежных странах. Застигнутые расширяющимся рынком врасплох учреждения здравоохранения различных уровней нуждаются в демократизации финансирования. В республиканских организациях здравоохранения сосредоточены лучшие кадры, а во многих случаях и лучшие фонды. Наиболее известные республиканские центры, финансируемые из государственного бюджета, увеличивают долю платных услуг и становятся недоступными для большей части населения.

Инновационные возможности сохраняют медицинские учреждения негосударственного сектора, многие из которых стартовали на базе государственной собственности. Однако этот сектор и его инновационный потенциал не оказывает и не может оказывать серьезного воздействия на массовое здравоохранение, ориентируясь на богатых клиентов и на зарубежных поставщиков оборудования и медикаментов, т.е. он существует как бы автономно, отдельно от всей системы медицинского обслуживания.

Ошибкой, на наш взгляд, является переоценка возможностей населения пользоваться платными услугами медицинского характера. Неразвитость потребности в качественных услугах и перегруженность расходных статей семейного бюджета способствуют сведению спроса к наиболее простым, дешевым или вообще бесплатным услугам. Наибольший урон такая ситуация наносит беднейшим слоям населения, которые преимущественно и являются основными потребителями медицинских услуг. Поэтому существование «анклавов» с ориентацией на платную медицину никоим образом не оправдывает установок на либерализацию в сфере здравоохранения, на перемещение финансового бремени на граждан. Декларируемая свобода выбора для потребителя медицинских услуг оказывается в действительности большой иллюзией так же, как и для производителей этих услуг. С учетом существующих неофициальных платежей происходит материальное обогащение ряда работников здравоохранения, но не дает возможности бедным людям получать те услуги, которые им необходимы, делает финансирование несправедливым, нарушая всю систему приоритетов здравоохранения.

Необходимо вернуться к вопросам медицинской этики, деонтологии, позабытой врачами. Издревле долг врача - это призвание и умение подчинить свой интерес интересам, пользе и выгоде пациента. «Я направлю режим больных к их выгоде... В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного» (Гиппократ). Умение подчинить себя интересам больного — это не только и не просто заслуживающие уважения свойства личности врача, а, прежде всего, свидетельство его профессионализма. Поведение врача (с точки зрения его внутренних устремлений и с точки зрения его внешних поступков) должно мотивироваться интересами и благом пациента и не должно подчиняться личным интересам врача и поиску путей достижения этого интереса «за счет» страдающего человека. Врачи за нарушение Клятвы должны нести ответственность, предусмотренную законодательством КР. Ситуации, когда болезнь человека становится источником дохода и врач кровно заинтересован в росте числа больных, противоестественны по своему этическому основанию. Это в значительной степени способствует укреплению тенденции выбора многими странами систем государственного управления и обеспечения работы здравоохранения. Одним из современных критериев оценки благополучия государства является то, в состоянии ли оно и каким образом оно обеспечивает охрану здоровья, а также, как обеспечивается это право, в какой мере обеспечивается социальная защита человека в данном обществе в области здравоохранения.

Фонд ОМС мало обременен заботой поиска дополнительных средств (например: расширения добровольного медицинского

страхования, введение новых технологий страхования, таких как страхование иностранцев, туристов, богатых граждан, механизмы стимулирования руководителей организаций здравоохранения, применяющих и внедряющих рациональные методы лечения, методы доказательной медицины).

Реформа здравоохранения, обеспечение охраны здоровья народа на уровне достижений современной науки вполне реальны, если новая философия, принципы новой модели здравоохранения станут достоянием не только медиков, специалистов, государственных деятелей, но и широких слоев населения. Восстановить доверие к медицине, к врачу - вот основной базис, на котором будет построено будущее здравоохранения.

При дальнейшем совершенствовании здравоохранения, на наш взгляд, необходимо обратить внимание на следующие вопросы:

1. Усиление роли государства в здравоохранении.
2. Восстановление управляемости системой здравоохранения.

3. Для достижения показателей цивилизованных стран приоритетными для страны должны быть проблемы охраны материнства и детства, устранение причин смертности трудоспособного населения, борьба с социально опасными заболеваниями, осуществление социально значимых видов медицинской помощи и развитие семейной медицины (ПМСП наиболее ресурсосберегающий комплекс).

4. Обеспечение устойчивого финансирования минимальных стандартов медицинской помощи наравне с государственными гарантиями медицинской помощи.

5. Усиление роли государства в регулировании цен на фармацевтические средства, управление лекарственным обеспечением населения. Рынок медицинских услуг требует значительно больших финансовых затрат по сравнению с системой здравоохранения, контролируемой государством.

6. Постепенное ухудшение состояния здоровья наблюдается по мере ухудшения социального положения (главный индикатор - смертность в социальных группах), что приводит к неравенству в отношении здоровья в социально-экономических группах.

7. Следует заморозить на определенный срок реабилитацию учреждений здравоохранения за счет нерациональных затрат на приобретение оборудования, без программы на положительные результаты и все ресурсы направить на адресную подготовку (и поддержку) кадров. Организовать фонды развития кадрового потенциала.

8. Учитывая особенности региона (менталитет населения, национальную культуру, приверженность здоровому образу жизни), а также мнение населения и на основании подзаконных актов, подготовить общественное мнение к сокращению, а в последующем - прекращению финансирования медицинского обслуживания алкоголиков и «алкогольных травм», наркоманов, больных ИППП, отдельных групп населения, у которых заболевание связано с неразумным поведением. Одновременно проводить работу по повышению личной ответственности самих граждан. Установить административную и уголовную ответственность за немедицинское употребление наркотиков. Это должно обслуживаться на платной основе.

9. Финансирование здравоохранения - это вопрос не богатства и бедности, а приоритетов в государственной политике. В ближайшие годы финансирование здравоохранения довести до 5% ВВП (Албания - 3,1; Казахстан - 4,5; Узбекистан -5,9; Таджикистан - 6,0). Улучшение здоровья является важным детерминантом экономического роста (прогнозы НИИ - сокращение неинфекционной патологии, несчастных случаев до уровня показателей западноевропейских стран приведут к социально-экономическим выгодам, эквивалентным 30% ВВП).

Ю.Введение медицинского страхования практически ничего не добавило здравоохранению, не уберегло и от теневого финансирования.

Введенный тариф на ОМС не носит сколько-нибудь научно обоснованный, обусловленный объективными потребностями отрасли характер (предложен в 1996 г., сейчас страна изменилась) и не обеспечивает всем застрахованным гражданам равный доступ к получению качественной медицинской помощи. Система ОМС недалеко ушла

от системы с выраженным затратным характером. Медицинское страхование рекомендуется сохранить только для работающего населения, но следует сохранить Дополнительную программу ОМС как оправдавшую себя. До рационального уровня сократить региональные фонды ОМС, которые порой ничем не отличаются от бывших областных финансовых управлений, разработать механизмы повышения тарифа на медицинское страхование. Политика государства в области здравоохранения должна быть направлена на постепенное снижение уровня сооплаты и дифференцироваться по отдельным категориям населения.

11. Теневое софинансирование существует во всех учреждениях здравоохранения, размер прямой оплаты зависит от категории сложности заболевания, типа больницы, от «жадности» и культуры медработника. Необходимо провести дифференциацию организаций здравоохранения по уровню, объему и качеству медицинской помощи, предусмотреть достаточное финансирование на выполнение показателей, кадровое обеспечение, повысить мотивацию кадров, внедрить договорную систему оплаты труда и взаимответственность как со стороны государства, так и медицинских работников.

12. Необходимо открыто и честно оценить результаты реформы, причем на официальном уровне.

13. Дать оценку выполнения приоритетной государственной политики, вытекающей из статьи 34.1 Конституции, определяющей «право на охрану здоровья, на бесплатное пользование сетью государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» и ст.35.1: граждане «имеют право на благоприятную для жизни и здоровья окружающую природную среду». Помнить, что одно из основных прав человека - это право на охрану здоровья.

14. Придать на государственном уровне тождественность понятиям «национальная безопасность» и «здоровье население». Само понятие «национальная безопасность» теряет смысл, если качество жизни каждого конкретного человека не обеспечивается.

Литература

1. Бокс Ф. Здравоохранение Германии. Тоо. Ророть, 1994.
2. Браен Э.С., Фокингам Д. Финансирование услуг по здравоохранению в Кыргызстане: размеры частных платежей.
3. Houghtoon Straat / London WC2A 2AE, 1995.
4. БулановД.Г., Клименко В.Ф. О провавом положении гражданина в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения // 2004. - III2, -С. 51.
5. Вишневский А. Развитие законодательства о социальном страховании в России. - М., 2003.
6. Волков А.И. и др. Управление и экономика здравоохранения. - М., 2002.
7. Герасименко Н. Власть и здоровье нации. - М.: Нива России, 1997.

