

УДК 614.2 (575.2) (04)

**РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
В НОВЫЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД**

Ч.Р. Айнекенова – канд. ист. наук, доцент

In the article the process of the Health Care System reform in the Kyrgyz Republic, which began in 1991 is shown. The steps of reforms, the main results and new problems are determined.

В 1994 г. в рамках формирования национальной социальной политики в Кыргызской Республике была принята государственная программа “Здоровая нация”. На период с 1996 до 2000 г. была разработана Национальная программа реформирования системы здравоохранения “Манас”, также разработаны программы “Иммунопрофилактика – 2000”, “Туберкулез”, “Здоровое сердце каждому кыргызстанцу” (до 2010 г.).

Все эти программы предусматривали: улучшение здоровья населения; справедливость (равнодоступность медицинского обслуживания); эффективное использование ресурсов здравоохранения; предоставление высококачественной медицинской помощи.

Эффективность здравоохранения не может быть измерена каким-либо одним показателем, она отражается в совокупности многих параметров, включающих оценку результатов деятельности служб здравоохранения, с учетом лечебного, санитарно-профилактического, социального и экономического аспектов.

Социальный аспект представлен комплексом показателей, отражающих воздействие здравоохранения на уровень жизни населения (удовлетворение потребностей человека в здоровье и медицинских услугах), оздоровление условий труда, обеспечение санитарно-эпидемиологических норм и т.д.

Медицинскую эффективность характеризует качество и результативность диагностических исследований, проведение лечебных и профилактических мероприятий. Экономические аспекты эффективности предполагают оценку вклада здравоохранения в экономику страны, включающую такие показатели, как валовый внутренний продукт, национальный доход и др. Экономическую эффективность характеризуют также качественные результаты использования различных ресурсов отрасли – трудовых, материальных и финансовых.

В этой отрасли постоянно расширялись и расширяются функциональные (реализация определенных общих целей) и технологические связи (потоки различных ресурсов для производства услуг и товаров) с другими отраслями экономики. Функциональные связи здравоохранения определяются необходимостью достижения цели – охраны и укрепления здоровья людей, а технологические – рационального использования различных видов ресурсов.

В связи с переходом к рыночным отношениям, как и в других отраслях производственной и непроизводственной сфер, формируются различные формы собственности; осуществляется переход на бюджетно-страховую систему финансирования; развиваются индивидуально-коллективные формы оказания лечебных и санитарно-профилактических услуг.

Хорошее здоровье, как все знают из собственного опыта, является важнейшим компонентом благополучия. Поэтому расходы на здравоохранение могут быть оправданы с экономической точки зрения. Улучшение здоровья населения связано с тремя факторами, способствующими экономическому росту:

- ✓ рост населения, а также рост трудоспособного населения в общем удельном весе;
- ✓ высвобождение ресурсов, которые пришлось бы истратить на лечение заболеваний;
- ✓ снижение потерь производства в связи с болезнью работников.

Учитывая, что здравоохранение – специфичная отрасль, можно предположить, что роль государства в развитии системы и регулировании деятельности различных организационно-правовых структур отрасли должна только возрастать.

Здравоохранение, являясь сложной социально-экономической системой, призвано обеспечивать реализацию важнейшего социального принципа – сохранение и улучшение здоровья граждан, оказание им высококвалифицированной профилактической и лечебной помощи.

Показатели за период с 1991 г. свидетельствуют, что улучшения здоровья населения не наблюдается. Заболеваемость населения по основным классам болезней не снижается, а увеличивается (по случаям заболеваний, зарегистрированных с первичным диагнозом)¹. Появились серьезные ограничения по здоровью у призывников в национальную гвардию. Равнодоступности нет из-за низкой платежеспособности населения.

Человеческие ресурсы используются неэффективно. Из-за низкой заработной платы врачи занимаются другими видами деятельности (а на их подготовку затрачены бюджетные средства). Предоставление высококачественной медицинской помощи становится все затруднительнее, так как эффект от появления частных клиник, где, как правило, сосредото-

чены хорошие специалисты, можно рассматривать двояко. Частные клиники привлекают новым современным медицинским оборудованием, но отпугивают ценами на услуги.

Вместе с тем, учитывая растущие проблемы в системе медицинского образования, происходит снижение образовательного уровня выпускников медицинских факультетов из-за недостаточного финансирования государственных медицинских учебных заведений.

Либерализация цен на услуги повлекла за собой и удорожание лечебно-профилактической помощи, еще больше обострило проблемы ресурсного обеспечения здравоохранения. Определилось многообразие форм собственности и видов хозяйствования в здравоохранении. Увеличился объем платных услуг и введена сооплата на услуги, оказываемые населению учреждениями здравоохранения. Изменилось отношение каждого человека, потенциального пациента к своему здоровью, в подавляющем большинстве в худшую сторону.

Система здравоохранения Кыргызской Республики представлена несколькими субъектами рынка: государственные и частные медицинские учреждения (диагностические центры, клиники, кабинеты), поставщики медицинского оборудования, инструментов, лекарственных препаратов; государственные и частные образовательные учреждения, занимающиеся подготовкой медицинских кадров, а также подготовкой управленческих кадров для системы здравоохранения.

В системе здравоохранения Кыргызской Республики появились монопольные производители определенных услуг здравоохранения. Среди них состоявшимся можно считать госпиталь микрохирургии глаза профессора Исманкулова и Медицинский Центр Назаралиева. Вместе с тем, в системе здравоохранения Кыргызской Республики таких субъектов рынка, которые бы производили медицинское оборудование, нет.

Население страны представляет собой отдельную группу участников рынка, которая неоднородна по своему составу и по финансовым возможностям. Государство также становится участником рынка. Государство заинтересовано в привлечении медицинских

¹ Кыргызстан в цифрах / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. – Бишкек, 2007. – С. 296.

учреждений, предприятий к выполнению государственных программ в области охраны здоровья населения страны. Именно государство обязано заинтересовать лечебно-профилактические учреждения, предоставляя им налоговые льготы, финансовую поддержку и т.д.

Организационно-правовые формы предпринимательства в здравоохранении определяются общими положениями, касающимися всех сфер хозяйственной деятельности. Это предполагает существование различных форм собственности в системе здравоохранения, приватизацию объектов, предоставляющих медицинские услуги. Однако, специфика отрасли ограничивает предпринимательскую деятельность в здравоохранении. В свою очередь, госбюджет не в состоянии обеспечить потребность системы здравоохранения, поэтому возникла необходимость в изменении системы финансирования.

Вступив в ВТО, Кыргызская Республика тем самым признала, что услуги здравоохранения, равно как и образования, являются товаром. О качестве данного товара должен заботиться продавец. В Кыргызской Республике – это, в основном, государство, так как частных поставщиков услуг намного меньше. И если государство вышло в рынок с медицинскими услугами, то оно не может само у себя покупать эти услуги для граждан.

В 1996 г. был образован Фонд обязательного медицинского страхования Кыргызской Республики (ФОМС). Он был образован как структура, которая обязана помогать гражданам страны, ограждать их от недобросовестных поставщиков услуг, быть независимой от основного поставщика услуг – министерства здравоохранения и, таким образом, способствовать повышению ответственности за качество предоставляемых услуг. Но с 1997 г. ФОМС был введен в структуру министерства, таким образом, Министерство здравоохранения стало и поставщиком и покупателем услуг в одном лице¹.

¹ Здравоохранение Кыргызстана. Экономические и финансовые аспекты. – Бишкек, 2000. – С. 11.

Внедрение подушевого финансирования при оказании медицинских услуг на уровне Групп семейных врачей (ГСВ) на первичном уровне системы здравоохранения Кыргызской Республики, реструктуризация системы здравоохранения стали ключевыми элементами проводимой реформы здравоохранения в Кыргызской Республике.

Политика Министерства здравоохранения, направленная на развитие первичной медицинской помощи, предполагала, что с внедрением ресурсосберегающих технологий при ее реализации, а также сокращение стационарной помощи, приведет к значительному перераспределению финансовых средств в секторе здравоохранения. Введение оплаты за оказанные медицинские услуги по конечному результату и по фиксированным платежам позволило переместить центр оказания медицинской помощи от стационарного лечения к амбулаторному.

Однако, ФОМС представляет собой громоздкую структуру, часть бюджета тратится на содержание этой структуры. Недостатком созданной системы обязательного медицинского страхования является то, что пополнение фонда осуществляется за счет 2% от заработной платы работающих, которые перечисляет работодатель.

Казалось бы, здесь заложен принцип солидарности, когда богатый платит за бедного, т.е. какой бы ни был размер заработной платы отдельных людей, в Фонд перечисляется равная сумма и медицинские услуги люди получают вне зависимости от сделанных отчислений, как богатые, так и бедные.

Принцип общественной солидарности, положенный в основу программы развития системы обязательного медицинского страхования в Кыргызской Республике, по аналогии с системой социального страхования Федеративной Республики Германии, специалисты которой на этапе становления оказывали техническую, финансовую и академическую поддержку, в настоящее время не работает.

Принцип солидарности взят из немецкой модели страхования здоровья граждан, а принцип платности услуг – из модели здравоохранения США. Система медицинского стра-

хования Кыргызской Республики не гарантирует страховой поддержки безработным. Проблема также в том, что при потере работы и по истечении 2 месяцев со дня прекращения отчислений работодателем, человек теряет право на медицинское страхование, независимо от того, что ранее исправно перечислялись средства на его страховой счет. Здесь принцип солидарности не работает.

Главной проблемой системы здравоохранения в Кыргызской Республике остается недостаток финансовых средств, а также возникли новые проблемы современного здравоохранения, которых не было ранее:

- Отмена массовой диспансеризации. Это привело к повышению неконтролируемого риска заболеваемости, увеличению количества сердечно-сосудистых заболеваний, возвращению ранее побежденных инфекционных заболеваний – туберкулеза, педикулеза; росту новых заболеваний. Именно система диспансеризации позволяла осуществлять профилактику многих заболеваний в стране. В период с 1980–1991 гг. охват населения составлял 95%¹.
- Усложнение охвата населения медицинскими услугами ввиду внутренних неконтролируемых миграционных процессов.
- Упразднение системы санитарного просвещения.
- Упразднение системы медицинской промышленности.
- Заполнение фармацевтического рынка фальсифицированной продукцией.
- Сокращение в три раза количества доноров, а значит, и острая нехватка донорской крови.
- Несоблюдение единства лечебных и профилактических мероприятий.
- Отсутствие стройной системы школьного оздоровления.

Таким образом, модель страховой медицины, построенная в Кыргызской Республике, не привела к эффективному использованию материальных и кадровых ресурсов, преимуществ

не видят ни покупатели услуг, ни врачи, созданная система получилась удобной только для чиновников Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Пакет государственных гарантий оставляет желать лучшего.

Министерство здравоохранения не выстроило систему социального партнерства, тогда как его задача – взаимодействовать со всеми сферами жизни общества, чтобы создавать условия здоровой среды. Министерство здравоохранения должно работать с транспортными компаниями, занимающимися перевозкой пассажиров, с производителями и продавцами продуктов питания, не допускать тяжелого детского труда, а заниматься профилактикой детского травматизма. Совместно с МЧС заниматься упорядочением охраны захороненных радиоактивных отходов, приведением в безопасное состояние скотомогильников с захоронением животных с сибирской язвой, предпринимать штрафные санкции к предприятиям, загрязняющим окружающую среду. Минздрав должен вспомнить, что все эти мероприятия проводились в союзном государстве.

В 90-е годы, в связи с попустительством власти на самовольный захват земель и строительство жилья в северной части города Бишкек, где до 40-х годов были болотистые почвы, впоследствии осушенные, из-за жизнедеятельности людей почвы вновь стали болотистыми и появились частые случаи заболевания малярией.

Именно для того, чтобы ликвидировать малярийные очаги, во Фрунзе в 40-е годы строился Большой Чуйский канал и таким образом были осушены земли, на которых строительство жилья было запрещено. Новостройки не имеют чистой питьевой воды, электричества, поликлиник, школ. Мы получили новое поколение людей, которые с рождения не видели хорошей жизни и с букетом заболеваний.

Вместе с рыночной экономикой Кыргызская Республика получила все болезни рыночной экономики и в соответствии с задачами ВОЗ на XXI век приходится теперь решать те проблемы, которые в союзном государстве не ставились, ввиду отсутствия основания для них.

Специалисты Центра экономики здравоохранения университета г. Йорк (Великобри-

¹ Статистический ежегодник Кыргызстана. Социальное развитие и уровень жизни населения. – Бишкек, 1992. – С. 203.

тания), проводившие исследования совместно с сотрудниками Центра менеджмента здравоохранения при МУК и кафедрой Общественного здравоохранения Казахского государственного медицинского университета (г. Алматы) пришли к выводу, что для развитых стран наиболее подходящей является система организации здравоохранения по Н.А. Семашко, разработанная и построенная в СССР.

Эту систему организации здравоохранения не следовало ломать, а только правильно развивать, исключив злоупотребления чиновников от медицины. Затраты на здравоохранение всегда, в любой стране растут и будут расти, их сократить невозможно. Следует отметить, что в Великобритании, где здравоохранение признано отвечающим нуждам населения, – государственное здравоохранение.