

Шамшиев А.А.

## ПРЕДПОСЫЛКИ ПОВЫШЕНИЯ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЧЕРЕЗ РЕФОРМУ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЯ НОВЫХ МЕХАНИЗМОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ

А.Л. Shamshiev

### BACKGROUND IMPROVED HEALTH SERVICES THROUGH HEALTH SYSTEM REFORM AND INTRODUCTION OF NEW FINANCING MECHANISMS

УДК-614.2:336.1

*В статье рассматриваются уровень медицинских услуг, а также внедрение новых механизмов финансирования.*

*The article deals with the level of medical services, and the introduction of new financing mechanisms.*

До недавнего времени исследователи и политики классифицировали все известнейшие системы здравоохранения развитых демократических стран в границах между «частным» или «рыночным» подходом, с одной стороны и «общественным» или государственным с другой, хотя фактически ни той, ни другой системы в чистом виде не существует [3,9]. Для стран Содружества независимых государств (СНГ) в программе по реформированию были определены как приоритетное направление на первом этапе поддержка государства в разработке собственной политики здравоохранения, развитие общественного здравоохранения. На следующих этапах программы реформирования системы здравоохранения, были введены компоненты, ориентированные на формирование всеобъемлющей системы управления качеством, через изменения инфраструктуры и финансирования [13, 14, 15].

Формирование концепции Новое общественное здравоохранение (НОЗ) является не столько концепцией, сколько идеологией, выходящей за рамки традиционного представления о здравоохранении. Занимаясь одновременно здоровьем отдельного человека и здоровьем населения в целом, НОЗ связывает решение современных проблем и обеспечение общедоступности медицинского обслуживания с проблемами окружающей среды, политической власти, социальным и экономическим развитием. Следовательно, для концепции нового общественного здравоохранения характерен комплексный подход к охране и укреплению здоровья отдельных людей и общества в целом. Оно основано на сочетании санитарных мер, охраны окружающей среды, укрепления здоровья населения, индивидуальных и общинных профилактических программ [4, 5].

Повышение стоимости медицинского обслуживания в условиях дефицита ресурсов является самой большой проблемой системы здравоохранения, в связи с этим ее основная задача - это обеспечение более эффективного использования имеющихся ресурсов. По мере снижения государственного бюджета, официальные и неофициальные платежи за лекарственные средства, медицинское оборудование,

значительно уменьшились, а частные платежи населения непомерно повысились, что привело к падению доступности, даже минимального объема медицинских услуг. В первую очередь это коснулось бедных слоев населения, с доходом ниже минимального потребительского бюджета - 89.1% [6, 12, 15].

Структура общественного здравоохранения в Кыргызской Республике представлена в основном, несущими функции защиты и укрепления здоровья: учреждения санитарно-эпидемиологической службы, центры здоровья, центры семейной медицины [23, 24,25,26].

Однако система здравоохранения в обновленном виде оказалась не способной повлиять на уровень заболевания, сократить смертность и увеличить продолжительность жизни населения, в целом не изменила тенденции ухудшения общественного здоровья. На первый план вышли хронические неинфекционные заболевания. Неинфекционные хронические заболевания (НХЗ) приняли такие масштабы, что являются основной причиной инвалидности и смерти. В настоящее время почти 60% всех случаев смерти и 47% глобального бремени болезни приходится на долю основных НХЗ. Предполагается, что к 2020 г. эти показатели возрастут соответственно до 73% и выше. В структуре не инфекционных хронических заболеваний болезни органов дыхания (БОД) занимают одно из ведущих мест, зачастую приводят к ранней инвалидизации, снижению качества и сокращению продолжительности жизни пациентов [17, 18, 19].

Повышение стоимости медицинского обслуживания, в условиях дефицита средств, является самой большой проблемой системы здравоохранения. В связи с этим ее основная задача - это обеспечение более эффективного использования имеющихся ресурсов [23, 24, 25].

Основной целью реформы явилась увеличение объема и улучшение качества медицинской помощи на амбулаторном уровне, усиление профилактики заболеваний, которая в будущем могла приведет к повышению уровню здоровья населения, и следовательно, к снижению затрат на здравоохранение. Реализация программы по формированию службы первичной медико-санитарной помощи, практической адаптации новых механизмов финансирования, через ОМС, оплаты труда по конкретным результатам, повышение доступности к медикаментам застрахованных лиц позитивно повлияла на показатели детских

инфекционных болезней, материнской и младенческой смертности. Программой государственных гарантий определен целый комплекс бесплатных медицинских услуг. Государство прибегло к демократизации в данной сфере с целью привлечения консолидированных ресурсов. Вопросы государственной политики в сфере охраны здоровья и сама реформа, оказались редуцированными к вопросу о финансировании.

Главное достижение реформы - медики вплотную работают в рыночной экономике, научились не только считать деньги, но и добывать.

Одним из главных направлений реформирования в здравоохранении стал переход к многоканальности финансирования [24, 28].

Из реальных функционирующих каналов финансирования стала система ОМС с удельным весом в совокупно бюджете здравоохранения около 18%. Введенная система медицинского страхования не совсем оправдала надежда кардинального улучшения финансирования здравоохранения. Тем не менее, в настоящее время в организационном плане единственное движение на пути реформ, в направлении совершенствования медицинского обслуживания представляет собой попытка перехода к страховым принципам организации деятельности медицинских учреждений. Это относительно облегчило бы финансовое положение отрасли, но одновременно создало бы дополнительные трудности в управлении и проведении государственной политики в медицинском обслуживании населения.

Кыргызстан из промышленно-аграрной превратился в слабо развитую, аграрную страну. Медицинское обслуживание в сельской местности и в советский период имело ряд проблем, а в настоящее время ситуация ухудшилась, обострились не решенные ранее проблемы. Наиболее важными из них избыточное количество медицинских учреждений и многоступенчатая система оказания медицинской помощи в ущерб качеству. Поэтому реформа в области оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению заключалась в увеличении объема и улучшении качества медицинской помощи на амбулаторном этапе и, как следствие этого снижение стоимости медицинских услуг, установление конкретной и прямой зависимости оплаты медицинского и персонала лечебно-профилактических учреждений от качества и эффективности их работы. Дальнейшее углубление интеграции и рационализации служб, внедрение механизмов преемственности в работе ПМСП и стационарного сектора [29, 30].

Однако, застигнутые расширяющимся рынком врасплох учреждения здравоохранения нуждались на различных уровнях демократизации в финансировании текущей деятельности. Наиболее известные республиканские центры, которые финансируются из государственного бюджета, увеличивают долю платных услуг и становятся недоступными для большей части населения. Государство остается и должно пока оставаться гарантом конституционных прав граждан в сфере здравоохранения. Многие задачи в настоящее время просто некому пока решать, кроме государственных структур. Поэтому

вопросы рациональности структуры, финансирования и управления республиканскими организациями должны быть пересмотрены в направлении доступности населению их услуг. Представляется весьма важным и поддержание небюджетных каналов финансирования здравоохранения, независимых организаций, обеспечивающих конкуренцию между организациями и медицинскими работниками. Наряду с этим, наблюдающееся сокращение государственного финансирования сектора здравоохранения повлекло за собой повышение расходов, оплачиваемых самими пациентами как официально, так и неофициально. Причем стоимость медицинских услуг создает более тяжелое бремя для бедных что затрудняет для этой категории населения доступ к широкому спектру медицинских услуг. Ошибкой, на наш взгляд, является переоценка возможного спроса населения на платные услуги медицинского характера. Незрелость потребности в качественных услугах и перегруженность расходных статей семейного бюджета способствует сведению спроса к наиболее простым, дешевым медицинским услугам и только к тем, которые бесплатные [7,8].

Созданная ситуация в здравоохранении наиболее ущербно отражается на беднейших слоях населения, которые преимущественно и являются основными потребителями медицинских услуг. Инновационные возможности сохраняет негосударственный сектор, многие из них взяли старт на базе государственной собственности. Однако, этот сектор и его инновационный потенциал не оказывает, и не может оказывать серьезного воздействия на массовое здравоохранение, он ориентирован на богатых клиентов, на зарубежных поставщиков оборудования и медикаментов т.е. он существует как бы автономно, отдельно от всей системы медицинского обслуживания [7,8].

Поэтому существование анклавов с преимущественно ориентированных на платную медицину никоим образом не оправдывает установок на либерализацию с сфере здравоохранения, на перемещение финансового бремени на граждан. Свобода выбора для потребителя медицинских услуг населению оказывается в действительности большой иллюзией, также как и для производителей этих услуг.

Известно, что улучшение здоровья является важным детерминантом экономического роста. Как отмечают ряд исследователей, сокращение неинфекционной патологии, несчастных случаев до уровня развитых стран приведет к социально-экономическим выгодам эквивалентным до 30% ВВП.

#### Выводы

В Кыргызской Республике до настоящего времени нет четкого обоснованного и на практике апробированного организационной, управленческой и экономической модели здравоохранения. В связи с этим, актуально на сегодняшний день создание амортизационной макроэкономической модели по защите интересов развития отрасли на основе учета ее интересов, а через них и интересов населения. Следовательно, необходимо сбалансировать эти интересы.

Литература:

1. Абдиев А.Ш. Абилов Б.А., Белеков Ж.О. К оценке качества деятельности многопрофильной больницы // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2005. – Том XI, приложение 1. – С. 10-11.
2. Азаров А.В. Территориальная система обеспечения и защиты прав граждан в условиях обязательного медицинского страхования // Здоровоохранение. - 2000. - №7. – С. 41-48.
3. Акопян А.С., Кузьмина Н.Б., Шипенко Ю.В. Метод анализа экономической эффективности лечебно-профилактической организации // Экономика здравоохранения. – 1999. - №5. – с. 4-5.
4. Аффельд Д. Проблемы адаптации государственной системы здравоохранения к медицинскому страхованию // Новые технологии в здравоохранении: сб. науч. тр. – Челябинск, 2000. – Вып.2. – С. 47-51.
5. Березнев В.Я., Хромов А.С., Купина Н.Н. Деятельность поликлиник в сфере реформ здравоохранения в России // Повышение эффективности служб здравоохранения Российской Федерации сб. науч. тр – Чебоксары, 1998. – С. 217-219.
6. Болтенко Н.Н., Краснобаева Т.Н. Многофакторная система экономического управления в городской поликлинике // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. тр. – СПб., 1998. – Вып.3. – с. 171.
7. Бедность и здоровье: кто живет, кто умирает, кому какое дело? – Женева: ВОЗ, 1998 год (документ WHO/ICO/MESD.28.).
8. Бедность на международном уровне и сети здравоохранения, Доклад на Конференции Совета, Кения, 23-26 ноября 1999 года, Женева, ВОЗ (документ WHO/HSD/99.1).
9. Вялков А.И., Таранов А.М., Воробьев П.А., Новолодский В.М., Система стандартизации в здравоохранении: прошлое, настоящее, будущее // Вестн. ОМС-М., 2000. Вып. 1. С. 7-12.
10. Гаджиев Р.С. Основные направления перестройки первичной медико-социальной помощи сельскому населению // Мед. помощь. – 1997. - №3. – с. 18-23.
11. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Кыргызской Республики за 2005-2010 гг.
12. Данзон М. «Бедность и здоровье: фактические данные и деятельность в Европейском Регионе ВОЗ; Документ Европейского Регионального Комитета на 52 сессии, Копенгаген, 16-19 сентября 2002 года»).
13. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности, Женева, ВОЗ, 2000
14. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, 2001; психическое здоровье, новое понимание, новая надежда.
15. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г. Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2002.
16. Жузванов О.Т., Ибраев С.Е., Каппасов М.К., Терлибаев Т.А. Мониторинг качества медицинской помощи и деятельности лечебно-профилактического учреждения: Методические рекомендации. – Кокшетау, 1997.
17. Здоровье населения в Европе 1997 г.: Отчет о третьей оценке прогресса на пути к достижению здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (1996-1997).- Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1997.- С. 13-69.
18. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999.
19. Здоровье населения и здравоохранение Кыргызской Республики в 1991-2000 гг. – Бишкек. 2001. – 48 с.
20. Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках: Информационный Центр ВОЗ по здоровью для ЦАР: ISBN 9967-20-480.
21. Касиев Н.К. Основные направления реформы здравоохранения Кыргызстана. // Здравоохранение Кыргызстана, 1995, №3, с. 3-10.
22. Касиев Н.К., Мейманалиев Т.С. Здравоохранение Кыргызстана (состояние и перспективы развития). – Б.: Акыл, 1998.- С. 52-53.
23. Касиев Н.К. Научное обоснование основных направлений реформы здравоохранения и ее реализация в КР: автореферат. дис. . . . д-ра мед. наук.- Бишкек, 1999.
24. Каратаев М.М. Стратегия финансирования учреждений здравоохранения Кыргызской Республики // Наука и новые технологии. – Бишкек, 1999. - №3.- С.20-22.
25. Каратаев М.М. Реформы системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана) // Экономика здравоохранения. – 2000. – № 2/3. С. 18-20.
26. Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана): автореф. дис. . . . д-ра мед. наук: 14.00.33.- Москва, 2000.- 40 с.
27. Кыргызстан. Национальный отчет человеческому развитию Бишкек, 1999. – С 58-61.
28. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана. // Экономика здравоохранения.- 2004, - №2. С.5-15.
29. Мейманалиев Т.С., Касиев Н.К., Исакова А. У. Актуальные аспекты реформы первичной медико-санитарной помощи в Кыргызской Республике // здравоохранение Кыргызстана. -1999.- №3.- С.3.
30. Мейманалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. – Б.: «Учкун», 2003.- 688 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Усманов Р.К.