

Сейдуманов С.Т.

**ОЦЕНКА И АНАЛИЗ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НЕКОТОРЫХ СТРАН СНГ**

S.T. Seidumanov

**VALUATION AND ANALYSIS OF SOME CIS COUNTRIES
HEALTHCARE SYSTEMS**

УДК: 616.614.2

В статье рассматривается оценка и анализ систем здравоохранения некоторых стран СНГ после развала Советского Союза. Также дается характеристика лечебных учреждений некоторых государств ранее входивших в состав Советского Союза.

The article reviews the valuation and analysis of some CIS countries healthcare systems after the Soviet Union collapse. The characteristics of some medical institutions of some former Soviet Union countries is given.

После развала Советского Союза страны, входившие в его состав, унаследовали устаревшую систему здравоохранения, которая характеризовалась преобладанием стационарного лечения, причем больницы работали неэффективно, не отличаясь качественным лечением большого числа пациентов. Дополнительным фактором ухудшения качества медицинского обслуживания стали проблемы в обеспечении населения лекарствами и оснащении лечебных учреждений оборудованием. Все эти негативные показатели особенно выпукло проявлялись на фоне сложной демографической ситуации, ухудшения состояния здоровья населения, роста числа инфекционных заболеваний [1].

В первой половине 1990-х годов здоровье населения республики значительно ухудшилось. В первую очередь, это было обусловлено застарелыми недостатками советского здравоохранения, которое не было подготовлено к изменению эпидемиологической обстановки и не уделило должного внимания неинфекционным заболеваниям, значение которых значительно возросло. После распада СССР на фоне крушения экономики показатели здоровья населения ухудшились еще больше. Безусловно, политические и экономические потрясения отразились на системе медицинского обслуживания, но гораздо важнее их прямое влияние на здоровье человека, которому серьезно повредили и неуверенность в завтрашнем дне, и ухудшение материального положения, и стрессы. Результатом этого явилось то, что в странах СНГ заболеваемость населения постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний [2].

Реформы, делая систему медицинского обслуживания более рациональной, должны были освободить средства, которые позволили бы эффективнее отвечать потребностям населения. Тем не менее, показатели здоровья ухудшались, а реформы, которые должны были вызвать переориентацию здравоохранения на первичное медицинское обслуживание и профилактику, чтобы быстрее добиться видимых улучшений в здоровье населения, в этих вопросах не преуспели [3].

Если рассматривать организацию здравоохранения в странах бывшего Советского Союза, то система здравоохранения по своему принципу построения бюджетная или бюджетно-страховая. В странах СНГ реализуется двухуровневый принцип построения системы медицинской помощи населению, представленный самодостаточными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической, скорой и стационарной. Медицинская помощь населению обеспечивается через поликлиники (первичная помощь) врачами первичной звена – терапевтами, педиатрами и врачами специалистами, а также в больницах (вторичная помощь) городского, районного и областного уровня. Первичную медицинскую помощь в сельских районах обеспечивают врачи сельских врачебных амбулаторий и фельдшера фельдшерско-акушерских пунктов [4].

Системы здравоохранения стран СНГ продолжают финансироваться по остаточному принципу, а функционировать по затратному, поскольку структура их (количество больниц и врачей) на сегодняшний день остается избыточной. Медленно развиваются и слабо используются низкзатратные формы оказания первичной медицинской помощи, дневные стационары и стационары на дому. Не получила развития практика семейных врачей. Расходы на здравоохранение не превышают допустимый минимум, составляющий, по оценкам ВОЗ – 5% отчислений от ВВП. Считается, что здравоохранение может планомерно развиваться, если на него будет выделяться не менее 5% ВВП. Общие расходы на здравоохранение стран СНГ представлены в таблице 1.

Если сравнивать их с советским здравоохранением, то в середине 60-х годов в Советском Союзе расходовалось на здравоохранение около 6-6,5% от ВВП.

Таблица 1.

Общие расходы на здравоохранение в 2006 г.

	Страна	% ВВП
1	Казахстан	2,7
2	Киргизия	2,0
3	Азербайджан	0,8
4	Таджикистан	0,9
7	Беларусь	4,9
8	Украина	3,2
9	Российская Федерация	2,9

Существуют проблемы в области управления медицинскими кадрами: низкая заработная плата медицинских работников, уравнилельные подходы к оплате труда медицинского персонала, низкие социальная защищенность и престиж медицинской профессии, несоответствие государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования современным потребностям здравоохранения и невысокое качество преподавания, отсутствие системы непрерывного медицинского образования, низкий уровень информированности медицинских работников о современных методах диагностики и лечения заболеваний, невысокий профессиональный уровень медицинских работников [5].

Эти и другие проблемы в большей или меньшей степени представлены во всех странах СНГ, что обусловило то, что практически все страны постсоветского пространства прошли через реформирование системы здравоохранения, и продолжают этот процесс ввиду изменяющихся условий социально-экономического развития государств.

Так, Министерство здравоохранения Азербайджана перенесло центр тяжести развития здравоохранения страны на внебюджетные источники за счет увеличения доходов от оказания платных услуг. В частности, от перевода на полный хозрасчет стоматологических клиник, а также внедрения страховой медицины.

В Узбекистане была проведена реформа системы здравоохранения в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение квалифицированного медицинского обслуживания, повышения качества медицинских услуг, воспитания здорового поколения, приведения системы здравоохранения в адекватное состояние.[6]

С 1998 года Правительством Российской Федерации ежегодно принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской

помощи, обеспечиваемая за счет средств бюджетной системы Российской Федерации.

Начиная с 2005 года, Правительством Российской Федерации ежегодно утверждаются нормативы финансового обеспечения медицинской помощи на одного жителя (подушевые финансовые нормативы).

Основными проблемами реализации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации являются:

1. недостаточное финансовое обеспечение прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь, сильная дифференциация среди субъектов Российской Федерации в части реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;

2. раздробленность источников финансирования медицинской помощи, не позволяющая внедрить в полном объеме систему обязательного медицинского страхования.

В России принимается Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.

Таким образом, системы здравоохранения стран СНГ, унаследованные от Советского Союза, наряду с неоспоримыми достоинствами, имели существенные недостатки. При декларируемой доступности и бесплатности для населения система здравоохранения была высокочрезвычайно затратной и неэффективной. Это не могло не отразиться на состоянии здоровья населения, которое по оценкам ВОЗ занимает от 64 места (Казахстан) до 154 места (Таджикистан). Во всех странах предпринимаются попытки реформировать систему здравоохранения в соответствии с изменившейся экономической ситуацией.

Литература:

- Щепин О.П. // Пробл. социальной гигиены и история медицины. – 1995. – № 1. – С. 3-8.
- Стародубов В.И., Рогожников В.А., Орлова Г.Г. О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению. Здравоохранение, 5, 2002, стр. 19-24.
- Лучкевич В.С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 1997 г.
- Аканов А.А., и соавт. «Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели»
- Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.
- Аканов А.А., Кульжанов М.К., Мырзабеков М.О., Жумагалиева Г.Г. «Здоровье населения и здравоохранение стран содружества», Алматы, 1999, 104 с.

Рецензент: д.м.н., профессор Абилов Б.А.