

Василевский М.Г., Ибраимова Д.Д.

ИСТОРИЯ УПРАВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

M.G. Vasilevskii, D.D. Ibraimova

HISTORY OF MANAGEMENT AND DEVELOPMENT OF SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES IN THE CONDITIONS OF MARKET ECONOMY

УДК: 616.085 / 615.01

В данной статье дан краткий обзор истории управления и развития системы здравоохранения Кыргызстана в тесной связи с Россией.

Ключевые слова: история, здравоохранение, управление, развитие.

In given article the short review of history of management and development of system of public health services of Kyrgyzstan in a close connection with Russia is given.

Key words: history, public health services, management, development.

Изучение истории управления здравоохранением важно для лучшего понимания этого процесса. С точки зрения практики наиболее приемлемо высказывание Джемса Берка: "Мы должны оглядываться в прошлое для того, чтобы подготовиться к будущему". Действительно, история управления здравоохранением полна полезных уроков для тех, кто готов у нее учиться. Заметим, что история развития управления здравоохранением в Кыргызстане тесно связана с таковой России, так как в прошлом оба государства являлись составной частью Советского Союза.

Перед первой мировой войной, когда после экономической депрессии начался промышленный подъем, состояние здоровья народа оставалось крайне неудовлетворительным. В этот период в России ежегодно умирали 2 млн. детей от болезней и недоедания. На территории Кыргызстана насчитывалось 21 врач и 30 средних медицинских работников, труд которых оплачивался государством (оклад).

В канун Великой Октябрьской социалистической революции рабочий класс имел конкретный план социальных преобразований, в числе которых и в качестве одной их первоочередных задач стояла охрана здоровья трудящихся. В период с 1917 по 1925 гг. проводится интенсивная работа по созданию новой организации здравоохранения, основными принципами которой были бесплатность, общедоступность, медицинская помощь высокого качества и профилактическая направленность оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний. Несмотря на тяжелые экономические условия к 1926 году общая смертность сократилась до 20,3 на 1000 населения, а продолжительность предстоящей жизни повысилась до 44 лет (Лисицын Ю.П., 1987).

В период с 1926 по 1940 гг. одним из важнейших рычагов управления и воздействия на развитие здравоохранения становится планирование. Как результат - быстрыми темпами увеличивалось число медицинских учреждений. В 1928 г. в них насчитывалось 247 тыс. больничных коек, а в 1940 г. - 791 тыс. Только в 1929 - 1938 гг. было организовано 24 новых медицинских института, причем большая часть открылась в городах бывших национальных окраин России. В результате проведенных мероприятий численность врачей значительно возросла - с 70 тыс. в 1928 г. до 155,3 тыс. в 1940 г. На территории Киргизии на этот момент насчитывалось 600 врачей и 2552 средних медработника. В дальнейшем с открытием в 1939 г. медицинского института в г. Фрунзе и ряда медицинских училищ намного улучшается обеспеченность медицинскими кадрами.

Решение кадровой проблемы позволило сектору здравоохранения заниматься решением экономических проблем, в частности организацией медицинской помощи как фактора подъема производительности труда, снижения потерь рабочего времени и продукции предприятий в связи с нетрудоспособностью по болезни. Поэтому основной упор делается на обеспечение промышленных предприятий здравпунктами. По примеру Украины в селах стали организовываться колхозные родильные дома. В эти годы была создана система охраны материнства и младенчества с широкой сетью детских консультаций и поликлиник, а также женских консультаций, число которых увеличилось с 2,2 тыс. в 1928 г. до 8,6 тыс. в 1940 г.

В годы Великой Отечественной Войны (1941 - 1945 гг.) система советского здравоохранения подверглась тяжелейшему испытанию. Было уничтожено и разграблено 40 тыс. больниц, поликлиник, санэпидстанций и других медицинских учреждений. Перед органами здравоохранения тыла, помимо оказания помощи воинам, встала неотложная проблема медицинского обеспечения гражданского населения. На многих заводах развертывались медико-санитарные части, расширялась сеть здравпунктов, открывались дневные и ночные санатории (профилактории) и др. Особое внимание было обращено на помощь детям. Для них создавались молочные кухни, "пищевые станции", увеличилось число домов ребенка, яслей, возникли так называемые ясли на дому.

Важнейшими организационными мероприятиями периода 1945-1952 гг. было объединение

амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в комплексы - объединенные больницы. Несмотря на разруху и тяжелое материальное состояние произошли заметные сдвиги в состоянии здоровья населения. Показатели общей смертности снизились почти в 2 раза (до 9,7 на 1000 жителей), уменьшилась детская смертность (81 на 1000 родившихся), резко снизилась заболеваемость и смертность от инфекционных болезней.

В период с 1952 по 1961 г. основное внимание концентрируется на укреплении материально-технической базы лечебных учреждений, повышении качества медицинской помощи, ее специализации, росте кадров медицинских работников. В стране насчитывалось 333,7 тыс. врачей (включая зубных), значительно возросло число сельских участковых и районных больниц. Продолжительность отпуска по беременности увеличилась с 77 до 112 календарных дней. Важнейшим событием этого периода явилась реформа по реорганизации управления здравоохранением в сельских районах, в соответствии, которой были упразднены районные отделы здравоохранения. Их функции были возложены на районные больницы, главный врач которых являлся главным врачом района. В результате общая смертность снизилась до 7,6 на 1000 жителей, а средняя продолжительность предстоящей жизни повысилась до 69 лет.

В последующие годы большое внимание было уделено строительству крупных больничных комплексов, развитию материальной базы и повышению роли центральных районных больниц, созданию в них районных и межрайонных централизованных отделений. С 1960 по 1983 г. средняя мощность центральных районных больниц в Кыргызской ССР возросла с 97 до 304 коек (Тургунбаев О. Т., 1984). К тому же выросла обеспеченность населения Кыргызстана больничными койками и врачами. Если в 1960 г. обеспеченность койками составила 73,5 и врачами 15,4 на 10 000 населения, то в 1983 г. - 119 и 31,9 соответственно. В последующем, из года в год растет и укрепляется материально-техническая база медицинской службы. Так, в 1983 г. объем капитальных вложений составил 10,2 млн. рублей, а в 1984 году почти 15 млн. рублей (Тургунбаев О.Т., 1984). Наряду с этим предпринимались меры по приближению квалифицированной медицинской помощи сельскому населению. Число сельских врачебных амбулаторий за период с 1970 по 1983 гг. увеличилось с 22 до 66, а число врачей в сельской местности за истекшие 5 лет увеличилось на 54% (Тургунбаев О.Т., 1984). Проведенные мероприятия создали реальные условия для дальнейшего развития специализированных служб в центральных районных больницах и их поликлинических отделениях (Исмаилов Б.И., 1988). Наивысшего расцвета специализированная медицинская помощь достигла к 1989 г., когда каждый житель мог без

ограничения получить высокоспециализированную онкологическую, кардиологическую, психиатрическую помощь.

Большое внимание уделялось укреплению медицинских учреждений в сельской местности, где не рекомендовалось строить участковые больницы менее чем на 35 коек.

В социалистической системе здравоохранения доминировал многоступенчатый метод охраны и укрепления здоровья населения: личная и общественная профилактика, оказание экстренной медицинской помощи, амбулаторное лечение, и последний, так называемый стационарный этап медицинской и социальной реабилитации. На этапе стационарной помощи концентрировались основные ресурсы здравоохранения, так как она считалась наиболее эффективной, менее затратной и удобной для населения.

В последние годы социалистическая система здравоохранения преобразовалась в качественно новую структуру - общественное здравоохранение, в соответствии с которой к охране здоровья стали привлекаться не медицинские ведомства и организации. Политической основой общественного здравоохранения является увеличение продолжительности качественной и активной жизни, благополучие людей, гармоничное развитие личности и общества.

В 1991 г. после распада СССР Кыргызская Республика вступила на путь рыночной экономики. Переход на конвергентную экономику, вызвал необходимость пересмотра механизма финансирования и управления сектором здравоохранения (Н.К. Касиев, 1999; М.М. Каратаев, 2000; Касиев Н.К., Рисалиев Д.Д., 2004; М.Т. Султанмуратов, 2002; Т.С. Мейманалиев, 2003).

Сегодня в республике прослеживается множество путей преобразования социалистической системы. Это преимущественное развитие первичного звена медицинской помощи (переход на семейную медицину), реструктуризация стационарной помощи, внедрение страховой медицины, децентрализация управления и формирование единого плательщика, возмещение издержек за счет потребителя услуг и т.д.

Реформирование системы здравоохранения проводилось в соответствии с Национальной программой "Манас" (24.06.96). Этот документ послужил от-правным пунктом для перестройки системы здравоохранения, но не решением проблемы общественного здоровья. По уровню ожидаемой продолжительности жизни Кыргызстан отстает от стран Европы и Японии на 8-14 лет. Младенческая смертность в последние годы сократилась, но ее уровень в 5 раз выше средневропейского. Такая же ситуация и с материнской смертностью. Туберкулез и болезни, передаваемые половым путем, стали национальным бедствием. По мере решения обозначенных проблем появились новые, негативно влияющие на уровень общественного здоровья: рост неформальных выплат, отток населения из сельской

местности в города, сокращение социальных выплат, привилегий и льгот.

Таким образом, из краткого обзора, касающегося развития системы здравоохранения, видно, что даже в годы величайших экономических потрясений руководители здравоохранения находили пути повышения эффективности медицинского обслуживания и тем самым здоровье населения на ступеньку поднималось выше. Завершающим этапом развития системы здравоохранения Кыргызской Республики явилось то, что она из социалистической преобразовалась в социально - рыночную. По существу это был переход к общественному здравоохранению в условиях рыночной экономики. В этой ситуации не удалось обеспечить равенство, доступность, безопасность и бесплатность медицинских услуг.

Исходя из сложившейся общеэкономической ситуации, дальнейшее развитие системы здравоохранения Кыргызстана должно основываться на разграничении медицинской помощи и медицинских услуг. Под понятием "медицинская помощь" подразумевается оказание первичной медицинской помощи, тогда как "медицинские услуги" - "товар", которые покупаются и продаются. Медицинская помощь - это благотворительная акция, которая оказывается из гуманных побуждений и должна быть бесплатной, доступной, равной и высокого качества, тогда как медицинские услуги - это предпринимательская акция, обеспечивающая прибыль, хотя и направлена на укрепление здоровья. Медицинская помощь это акт кратковременный, равный длительности проводимой реанимации, тогда как оказание медицинских услуг может затягиваться на долгие месяцы, а то и годы. В медицинской помощи нуждается ограниченный круг людей, тогда как в медицинских услугах все население без исключения.

При социалистической системе здравоохранения медицинская помощь и медицинские услуги были экономически совместимы и являлись равнозначными частями больничной помощи. Такое направление было прогрессивным и оно соответствовало централизованному управлению. В стационарах были сконцентрированы основные ресурсы здравоохранения, однако в условиях рыночной экономики такое совмещение не допустимо. Условия рынка требуют больничные комплексы поделить на

учреждения медицинской помощи и учреждения оказания медицинских услуг. В условиях рыночной системы также не допустим последовательный многоступенчатый метод охраны и укрепления здоровья населения: личная и общественная профилактика, оказание экстренной медицинской помощи, амбулаторное лечение, и последний, так называемый стационарный этап медицинской и социальной реабилитации. В этой схеме для рыночной системы не приемлемы общественная профилактика и медицинская реабилитация, поэтому они должны оставаться под опекой государства. Хотя не вызывает сомнений, что частные медицинские организации в этом должны принимать активное участие в форме обязательных отчислений денежных средств.

Литература:

1. Исмаилов Б.И. Состояние и перспективы развития онкологической службы в Киргизской ССР (к 70 лет Великого Октября). //Эпидемиология, диагностика и лечение злокачественных новообразований. - Фрунзе. - 1988.- С.3-9.
2. Каратаев М.М. Научное обоснование системы финансирования здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономике (на примере Кыргызстана). - Дисс. докт. мед. наук. - Москва. - 2000. - 342 с.
3. Касиев Н.К. Основные направления реформы здравоохранения Кыргызстана //Здравоохранение Кыргызстана. - 1995. - № 3. - С. 3-10.
4. Касиев Н.К., Рисалиев Д.Д. Прошлое, настоящее и будущее. - Бишкек. - 2004. - 252 с.
5. Лисицын Ю.П. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: Том.1 Ю.П. Лисицын, Е.Н. Шиган, И.С. Случанко, В.И. Кант, И.В. Пустовой, В.В. Ермаков, Ю.М. Комаров, А.А. Маракушев, Я.С. Миндлин ; под редакцией Ю.П. Лисицына.- М.: Медицина, 1987. - 432 с.
6. Литвак Я.И., Писарева И.А., Твердохлебова О.А. Развитие амбула-торно - поликлинической помощи населению Киргизии // Здравоохранение Киргизии. - 1984. - № 4. - С. 29-34.
7. Мейманалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. - Бишкек, 2003. - 682 с.
8. Султанмуратов М. Т. Научное обобщение модели структурного преобразования системы предоставления медицинских услуг в Кыргызской Республике. Дисс... д.м.н. - Бишкек. - 2002. - 228 с.
9. Тургунбаев О. Т. Здравоохранение Республики - 60 // Здравоохранение Киргизии. - 1984. - № 4. - С. 3-7.

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