

Ахетов А.Л.

**ДОСТИЖЕНИЯ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

А.А. Akhetov

**ACHIEVEMENTS AND PROBLEMS OF THE DEVELOPMENT HEALTH
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

УДК: 614.2 (574)

В статье дается оценка последним достижениям здравоохранения Республики Казахстан: поднимаются актуальные проблемы его дальнейшего развития.

In the article estimation is given to the last achievements of health protection of Republic of Kazakhstan the issues of the day of his further development rise.

Последовательные системные социально-экономические преобразования, направленные на всемерное улучшение благосостояния граждан страны, создают беспрецедентные условия для качественного прорыва в совершенствовании охраны здоровья людей и повышения результативности здравоохранения [2].

Для решения этих важных задач Правительством Республики Казахстан, Министерством здравоохранения созданы адекватная законодательная и устойчивая финансовая база, обеспечивающая благоприятные условия для развития кадрового потенциала, инфраструктуры здравоохранения, а также модернизации используемых клинических технологий и современных инструментов управления.

Ярким примером реализации политики Главы государства в области повышения социальной ответственности перед народом стало внедрение Единой Национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), предоставившей населению право выбора медицинской организации и значительно увеличившей его доступность к больничной помощи [1]. Одновременно введены в действие рыночно-ориентированные способы оплаты медицинских услуг, основанные на принципе - «деньги идут за пациентом»: повышен уровень децентрализации и хозяйственной самостоятельности медицинских организаций; создан институт независимой экспертизы качества медицинской помощи; обеспечена реальная конкурентная среда, в которой качество и безопасность стали критериями государственных и частных организаций здравоохранения.

Иначе говоря, в условиях ЕНСЗ выиграла все субъекты здравоохранения: граждане страны получили большую доступность к дорогостоящей и высококачественной больничной помощи; вопросы финансирования больниц органы здравоохранения передали на места: больничные организации вместо получения денег на их содержание, стали их зарабатывать. Причем, чем выше уровень и качество оказываемых стационарных услуг, тем больше объем зарабатываемых средств.

Действительно, в ходе общественного обсуждения путей дальнейшего развития здравоохранения в стране, многие специалисты считают ЕНСЗ шагом к обязательному медицинскому страхованию (ОМС).

Однако представляется, что такой переход преждевременен. Почему? Во-первых, следует учитывать негативный опыт внедрения ОМС в стране в конце прошлого столетия, когда в неблагоприятных экономических условиях и не удалось обеспечить страхование неработающего населения.

Кроме того, не был соблюден основной принцип ОМС - независимость страхователей, страховщиков и поставщиков медицинских услуг, которые, к сожалению, находились в системе МЗ РК.

Во-вторых, опыт внедрения ОМС в России показывает, что собираемых страховых взносов абсолютно не хватает для обеспечения населения всеми необходимыми видами медицинской помощи и приходится эту систему дополнять специальными госпрограммами в области здравоохранения [5].

В-третьих, в условиях ЕНСЗ уже реализованы основные принципы ОМС - конкурентная среда и «деньги идут за пациентом».

Важно также понимать, что в условиях возможных кризисных явлений в экономике страны, неминуемы бюджетные ограничения, которые опять станут тормозом для полноценного внедрения ОМС.

В-четвертых, система ЕНСЗ поддерживается действующим в стране добровольным страхованием, которая расширяет доступность определенных категорий населения к высокотехнологичной медицинской помощи.

Наконец, нужно учитывать, что от полученных в условиях ЕНСЗ «свобод», большую часть населения страны будет трудно убедить в том, что они их не потеряют при внедрении ОМС. А это неминуемо произойдет.

В последние годы, благодаря Президентской программе «100 школ, 100 больниц» в системе здравоохранения страны происходят позитивные перемены.

Суть этих перемен заключается в том, что сельское здравоохранение пополняется современными врачебными амбулаториями, центральными районными больницами и поликлиниками, в городах построены и успешно функционируют новые поликлиники, диспансеры, больницы и перинатальные центры. Причем, в отличие от прежних советских времен, когда при строительстве объектов здравоохранения главным было возвести здания, а вопросы

оснащения высоко-технологичным медицинским оборудованием, отодвигались на второй план, в настоящее время все строящиеся сельские и городские организации здравоохранения оснащаются в соответствии новыми стандартами. К примеру, в сельских амбулаториях устанавливаются лабораторные автоматические анализаторы, рентген- и УЗИ аппараты. Когда это было, чтобы в центральных районных больницах можно было провести компьютерно-томографическую диагностику? Сейчас это реальность.

Во всех областных и крупных городских больницах в регионах страны взят курс на интенсивное освоение высокоспециализированной помощи. Здесь стали повседневной клинической практикой операции на коронарных сосудах, открытом сердце, эндопротезирование крупных суставов, сложнейшие операции на внутренних органах, позвоночнике и головном мозгу. В этом проявляется забота государства о равнодоступности населения регионов страны к самым важным видам медицинской помощи.

Охрана материнства и детства, по-прежнему, является самой приоритетной задачей государства.

В настоящее время в каждом областном центре функционируют перинатальные центры, в которых созданы все условия для выхаживания маловесных детей, диагностики у новорожденных врожденной и генетически обусловленной патологии; проведения сложнейших операции на сердце и других внутренних органах.

Одновременно в них обеспечивается постоянный мониторинг за состоянием развивающегося плода; осуществляется превентивные операции при патологии беременности, осложнениях в родах и послеродовом периоде. Настоящий прорыв достигнут при лечении бесплодия. Для этого почти в каждом перинатальном центре функционируют Центры экстракорпорального оплодотворения, которые дают долгожданное счастье материнства многим казахстанским женщинам.

В результате в стране в 2 раза снизился уровень перинатальной смертности и достигнуто значительное снижение показателя материнской смертности.

Эти индикаторы, как известно, являются главными индикаторами социально-экономического развития страны и эффективности здравоохранения.

В последние годы в стране ощущается дефицит врачебных кадров, особенно в сельском здравоохранении. Одной из причин создавшегося положения является снижение престижа врачевания, отсутствие достойной заработной платы, бюрократия и бумажная волокита в повседневной деятельности, об ограничении которой недавно говорил Президент страны Н.А. Назарбаев [1].

Конечно, нужно согласиться с тем, что отбор студентов в медицинских Вузах требует усовершенствования. К сожалению, в процессе обучения студенты почти не получают клиническую практику; в научной и преподавательской среде не формируются

школы известных ученых, которые бы задавали тон в освоении новейших достижений медицинской науки и практики; не уделяется должного внимания морально-этической подготовки будущих врачей. Их мало учат милосердию, состраданию, умению выслушать больного, учитывать жизненные обстоятельства, способствующие развитию заболевания; молодые врачи плохо знакомы с этикой поведения, принципами корпоративной культуры; многие из них останавливаются в развитии своих профессиональных знаний и умений. Вместо этого во врачебной среде бытует технократия, формализм, эгоизм и мздоимство.

А между тем, в современных медицинских организациях, благодаря стабильному финансированию, создаются все условия для самообразования через интернет, последипломного повышения квалификации, освоения современных медицинских технологий в лучших отечественных и зарубежных образовательных учреждениях и клиниках.

В стране бурными темпами развивается инфраструктура государственных и частных медицинских организаций, которые на основе открытой конкуренции предоставляют населению все виды медицинской помощи - от первичной амбулаторной, до высокотехнологичной больничной. Причем в последние годы активным участникам рынка медицинских услуг являются государственные медицинские организации. Это стало возможным благодаря внедрению Единой национальной Системы здравоохранения, расширившей права хозяйственной самостоятельности для государственных медицинских организаций.

Конечно, эти новые явления улучшили качество рынка медицинских услуг, который наполнился прозрачными, надежными и качественными медицинскими услугами. С другой стороны, участники рынка медицинских услуг в условиях более высокого уровня конкуренции стремятся к медико-технологической и клинической модернизации, к достижению высоких стандартов качества при оказании медицинской помощи и организации сервиса.

Безусловно, такая конкуренция созидательна, так как соответствует быстрорастущим требованиям населения к качеству услуг здравоохранения.

Практика участия больницы в рынке государственных медицинских услуг показывает, что в последнее время при выборе медицинских организаций население свое внимание чаще останавливают на государственных медицинских организациях. Почему?

Прежде всего, потому, что в современных государственных медицинских организациях обеспечивается большая безопасность на всех этапах медицинского обслуживания. Например, в больницах осуществляется круглосуточное дежурство врачей, работают экстренные и реанимационные службы; при необходимости оперативные вмешательства производятся в любое время суток; для диагностики сложных случаев заболеваний привлекаются лучшие специалисты; действует система экспертизы качества

оказываемых медицинских услуг и т.д. Такие возможности отсутствуют в частных медицинских организациях, которые ориентированы, как правило, на оказание отдельных видов медицинских услуг.

В настоящее время в Республике Казахстан на охрану здоровья всех групп населения выделяется 4% от валового внутреннего продукта. По сравнению с лучшими годами советского периода рост инвестиций в здравоохранение страны увеличился в 2 раза. Конечно, для обеспечения всех гарантий государства по оказанию непрерывной медицинской помощи населению такого уровня финансирования еще недостаточно.

Для сравнения в передовых странах мира (Великобритания, Франция, Канада, Корея, Южная Корея, Швеция) объем финансирования здравоохранения колеблется в диапазоне от 6% до 12% от валового национального продукта [3,4]. Однако следует учитывать, что в этих странах большую часть этих средств предоставляет не государство, а частный бизнес. В нашей стране уже появляются первые ростки социальной ответственности крупного бизнеса (Национальные компании, Фонд «Самрук-Казына») за здоровье работающих и развитие инфраструктуры здравоохранения. Однако для ускорения этого процесса, вовлечения и среднего бизнеса в реализацию Программ Здравоохранения нужны более ощутимые преференции: налоговые послабления, Правительственные гарантии, содействие территориальных органов власти.

Таким образом, можно утверждать, что в последние годы в здравоохранении Республики Казахстан наблюдаются ощутимые позитивные явления.

Увеличивается финансирование, совершенствуется материально-техническая и медико-технологическая база, внедряются прогрессивные методы оплаты медицинских услуг, расширяется хозяйственная самостоятельность медицинских организаций.

Все эти инвестиционно-инновационные механизмы функционирования системы здравоохранения Республики Казахстан обеспечивают большую доступность населения страны к первичной медико-санитарной, квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.

Литература:

1. Концепция формирования и внедрения Единой национальной системы здравоохранения в РК. - Астана, 2009.
2. Светличная Т.Г., Здравоохранение в рыночной системе экономических отношений // Главврач. - 2008. - № 8.
3. Lin - JH; Roland - PS; Waller - MA. Outpatient cochlear implantation in the pediatric population // Otolaryngology - Head - Neck - Surg. - 2000. - № 122. -P.1 -19.
4. Carr A.J., Higginson, I.J. Are Quality of Life Measures Patient Centered?//BMJ.-2001 .-Vol.322.-P. 1357-1360.
5. Гаврилов В.А. Проблемы оплаты труда медицинских работников // Экономика здравоохранения. - 1997. - №8/9/21.-С. 59-61.

Рецензент д.м.н., профессор Акынбеков К.У.
