

*Абдраимов Т.Д., Майканаев Б.Б.***САЛАМАТТЫК САКТОО СЕКТОРУН РЕФОРМАЛООНУ
ЧЕЧМЕЛӨӨЧҮ БАГЫТТАР***Абдраимов Т.Д., Майканаев Б.Б.***КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕКТОРА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***T.D. Abdraitov, B.B. Maikanayev***KEY ASPECTS OF HEALTH SECTOR REFORM**

УДК: 316.334: 614.2

Бул макала калктын ден соолугун коргоо маселесин кароого жардам берет, анда саламаттык сактоо органдары менен мекемелеринин артыкчылыктуну куч-аракети чечилет, медициналык жардам көрсөтүүгө басым баса белгиленет. Макалада стратегияны реформалоо темасы талкууга алынды, ал ресурстарды багыттоо, бөлүштүрүү жана кызматтарды көрсөтүүгө таасирин тийгизет. Илимий макала изилдөөгө арналган. Туруктуу ден-соолук туруктуу экономикасыз болушу мүмкүн эмес. Мамлекеттик кепилдиктер программасына (МКП) өзгөчө көңүл бурулду, ал Кыргызстандын калкынын 60-70% камтыйт. Ал эми сөз болуп жаткан көйгөй аз изилденген, ошондуктан кыйла кылдат изилдөөнү талап кылат. Саламаттык сактоо системасын реформалоонун максаты принциптер менен талаптардын ортосундагы талаптагыдай катышты табуу жана камсыздандыруучулардын арасында атаандаштыкты өнүктүрүү болуп саналат. Бул макалада айрым дарылоо-алдын алуу уюмдарында дарыгерлердин жүктөмү боюнча кылдат жана толук талдоо берилген, ошондой эле фармацевтикалык жардам чөйрөсүндөгү ресурстарды натыйжалуу бөлүштүрүү. Биринчи медициналык-санитардык жардамдын (БМСЖ) ролу жалпысынан пациенттерди медициналык тейлөө боюнча өзүнүн өзгөчө потенциалын жогорулатууга жана өз ара байланышкан милдеттерди чечүүгө тийиш.

Негизги сөздөр: саламаттык сактоо, экономика, алгачкы медициналык-санитардык жардам, стационар, материалдык-техникалык база, башкаруучулук түзүмдөр, финансылык түрткү.

Данная статья поможет рассмотреть проблему охраны здоровья населения, в которой решаются преимущественные усилия органов и учреждений здравоохранения, акцентируются внимание на оказании медицинской помощи. В статье затрагивается тема стратегии реформирования, влияющая на приумножение, направление, распределение ресурсов и на предоставление услуг. Научная статья посвящается исследованию. Не может быть устойчивого здоровья, без устойчивой экономики. Особое внимание было обращено Программе государственной гарантий (ПГГ), которая охватывает население Кыргызстана на 60-70%. Проблема о которой идет речь, пока изучена мало, поэтому требует более тщательного исследования. Целью ре-

формирования системы здравоохранения является нахождение должного соотношения между принципами и требованиями и развивать конкуренцию среди страховщиков. В статье приведен тщательный и детальный анализ по нагрузке врачей в некоторых лечебно-профилактических организациях, а также эффективное распределения ресурсов в сфере фармацевтической помощи. Роль Первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должен наращивать свой уникальный потенциал по медицинскому обслуживанию пациентов в целом и решать взаимосвязанные задачи.

Ключевые слова: здравоохранение, экономика, первичная медико-санитарная помощь, стационар, материально-техническая база, управленческие структуры, финансовый стимул.

This article will help to address the problem of the protection of the health of the population, which is solved by the provision of medical care by the health authorities and institutions. In this publication consider the theme of reform strategies, that affect the multiplication, direction, allocation of resources, and the delivery of services. Without steady economy there cannot be steady health. Special attention is paid to the State Guarantee Program, which covers 60-70% of the population of Kyrgyzstan. This problem has not been studied so far, so it requires more thorough research. Reforming the health care system includes finding the right balance between the principle of solidarity and the requirements to develop competition among insurers. The publication provides a thorough and detailed analysis of the workload of doctors in health care organizations, the effective allocation of resources in the field of pharmaceutical care. The role of primary health care should build capacity in health care and meet the challenges of integrating the medical institution.

Key words: health care, economy, primary health care, hospital, material and technical base, management structures, financial incentive.

Актуальность исследования. Современная национальная политика здравоохранения в условиях становления новой социально-экономической системы и изменения общественных отношений может быть охарактеризована как переходная, имеющая существенные отличия от политики, как в условиях социалистического общества, так и в условиях общества с социально ориентированной смешанной экономикой.

Переходная экономика изменяет прежние представления об обществе, экономике, тем самым трансформируются теоретические и практические основы политики и стратегии во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в здравоохранении.

Во многих странах Европейского региона идет отступление в рыночных отношениях в области социальной сферы по инициативе бывшего президента Франции Д.Ширак и тогдашнего премьер-министра Соединенного Королевства Т.Блер, отмечается большее повышение роли государства в данном секторе [6, 5].

Недостаточность средств в секторе здравоохранения обусловлена и отсутствием эффективности использования имеющихся ресурсов, отсутствуют обязательные компоненты характерные для всей системы в целом – постоянный мониторинг и оценка деятельности организаций здравоохранения [3,4,1,2.].

В нашей же стране нет понимания что не может быть устойчивой экономики без устойчивого здоровья.

Из года в год ухудшаются показатели здоровья населения, гарантированная государством бесплатная медицинская помощь, даже в том объеме, превратилась в пустую декларацию. Во всех сферах здравоохранения растет доля личных расходов граждан, т.е. практически все, что связано с медициной, превратилось в платные услуги. Зачастую пациент не знает, за что и почему он платит.

Громогласные заявления ответственных лиц из Министерства Здравоохранения, Жогорку Кенеша и Правительства страны о том, что в системе здравоохранения произошли значительные позитивные сдвиги, улучшены демографические показатели, снижена заболеваемость и смертность по социально-значимым заболеваниям и т.п. – это ничто иное, как стремление власти выдать желаемое за действительность. Наркомания и алкоголизм, преступность и распространение ВИЧ-СПИД, туберкулеза, других социально-значимых заболеваний, инвалидизация населения и огромное количество случаев насильственной смерти, социальная неустроенность – стало бедствием для страны и прямой угрозой Национальной безопасности республики.

В целом по республике по данным материалов итоговой коллегии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (09.02.2018 г.) коечная сеть составляет на 1 января 2018 года - 25 305 (41,2 на 10 000 населения), в отрасли работают около 13 848 врачей, 33 958 среднего медперсонала (22,0 и 55,3 на 10 000 населения - соответственно). По этим показателям на душу населения мы занимаем уровни многих развитых стран, чего нельзя сказать о качестве и

объеме медицинской помощи, хотя в разы увеличилось количество врачей с ученой степенью, с высшей и первой категорией, и их число растет из года в год. По данным Национальной энергетической компании в Кыргызстане 1 млн. 240 тыс. абонентов (дворов). У нас количество крайне бедных, то есть ежегодный доход на одного человека по данным Национального статистического комитета меньше чем 16 000 сомов составляет около 131 тыс. семей, а бедных, у которых этот показатель ниже 27 000 сомов около 270 тыс. семей. В нашей республике по данным Фонда обязательного медицинского страхования застрахованы на 1 декабря 2017 года 65,3% населения, то есть каждый почти третий житель не застрахован, не имеет доступа, итак, мало обеспечивающей Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. Отсюда возникает вопрос, адресно ли идут выделяемые государством бюджетные средства.

При том, что более 30,0% больных, пролеченных в стационарах, могли и должны были лечиться в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а определенная часть – это контингент для подготовки документов в МСЭК. В целом, в течение года из-за отсутствия наполняемости фактически простаивает более 2000 коек.

Таблица 1

Количество населения и коек некоторых регионов республики
Количество коек

Наименование	Население (в тыс.)	Процент от общего количества населения страны	Койки
Таласская область	253,2	4,2%	704
Нарынская область	279,3	4,6%	917
Сузакский район	280,3	4,6%	356
Базар-Коргонский район	166,5	2,8%	268
Лейлекский район	134,1	2,1%	248
Аксыский район	128,3	2,1%	429
Кара-Суйский район	406,8	6,8%	735

Как видно из таблицы 1 коечный фонд не соответствует количеству населения. Если в Нарынской области официально проживают 279,3 тыс. населения, что составляет 4,6% от всего населения республики, то количество коек 917, а в Кара-Суйском районе при количестве жителей 406,8 тыс. или 6,8% - всего 735 коек. Аналогичная картина в некоторых районах в Базар-Коргонском районе при количестве населения 166,5 тыс. всего 268 коек, а в Аксыском районе при наличии 128,3 тыс. - коечный фонд составляет - 429.

Стратегии реформирования, влияющие на предложение, направлены на распределение ресурсов и на предоставление услуг, использование конкуренции; внедрение более эффективных схем предоставления медицинских услуг. Эффективным способом сдерживания расходов в этой области считается составление бюджетов здравоохранения, в которых будут установлены предельные уровни использования людских ресурсов.

Расходы также можно ограничивать путем воздействия на спрос, влияющих на финансирование сектора здравоохранения и в первую очередь направленных на пациентов и страховщиков-покупателей:

В странах европейского региона используются различные подходы к практике личных доплат: частичная оплата стоимости фармацевтических препаратов, первичной медицинской помощи, стационарной и специализированной медицинской помощи, покупка дополнительной частной страховки. Однако имеющиеся знания указывают на то, что практика соучастия граждан в покрытии медицинских расходов не является мощным средством повышения результативности медицинской помощи или сдерживания расходов в секторе здравоохранения, оказывает негативное воздействие на доступность медицинской помощи, состояние здоровья населения.

В последние годы ряд стран в европейском регионе приступили к более систематическому и открытому анализу процесса постановки приоритетов. Целевые направленные усилия по ограничению доступа к клинически необходимым медицинским услугам направлены на определение базовых (основных) медицинских услуг, которые следует финансировать. Однако обеспечение солидарности и равенства в потреблении медицинской помощи должно являться одним из ключевых принципов при постановке приоритетов.

Одной из основных проблем, наблюдающихся в странах, приступивших к реформированию своих систем здравоохранения, является нахождение должного соотношения между таким принципом, как солидарность, и требованиями развивать конкуренцию среди страховщиков.

Во многих странах финансирование здравоохранения осуществляется через ту или иную форму общего налогообложения. К сожалению, большинство систем социального страхования финансирует здравоохранение по регрессивной модели, когда лица, доходы которых превышают установленный размер,

выплачивают все меньшую долю своих доходов на цели здравоохранения. Обеспечению солидарности препятствует также правило, согласно которому лица с высокими доходами не включаются в систему страхования или могут выйти из нее и не вносят, таким образом, свой вклад в финансирование системы. Конкуренция между медицинскими страховщиками, приводит к снижению солидарности в финансировании учреждений здравоохранения так как они стремятся к селективному подбору страхователей, привлекая лиц, не относящихся к группам риска ("снятие сливок"). Одним из путей решения этой проблемы является обязательное включение в систему страхования всех желающих.

Предоставление медицинских услуг на договорной основе является альтернативой традиционного командно-контрольного метода управления в системе здравоохранения и выполнения производителями услуг обязательств по производству определенных объемов работ.

Взятая отдельно, сама по себе, ни одна из систем оплаты труда медицинских работников не позволяет достичь всех целей, поставленных в принятой стратегии. Одним из основных недостатков ретроспективной системы оплаты без каких-либо ограничений (плата за оказанные услуги) является тот факт, что спрос на услуги в основном определяется самими медработниками, что во многом способствует повышению медицинских расходов. Хотя системы перспективных оплат дают врачам стимулы заниматься профилактической деятельностью и контролировать расходы, эти системы также могут привести к излишнему частому направлению пациентов к врачам-специалистам, уменьшению доступности для больных с более серьезными формами болезней.

Комплексная система оплаты с большим "перспективным" компонентом является, по-видимому, более успешной с точки зрения комбинирования целей макро и микроэффективности. Оплата больничных услуг может производиться в соответствии с объемом этих услуг (оплата за услуги), числом койко-дней (посуточная оплата), числом пролеченных больных (оплата за все случаи проведенного лечения) с присущими им преимуществами и недостатками.

Широко используется практика финансирования больниц в виде общих бюджетов на определенный период времени.

Основной характеристикой такого перспективного бюджета является тот факт, что ограничения для затрат определяются заранее, при этом в бюджет могут вноситься определенные коррективы на такие факторы, как интенсивность и вид оказываемых услуг, характер заболевания пациентов.

Таблица 2

**Нагрузка врачей в некоторых
лечебно-профилактических организациях**

Нагрузка врачей

Наименование	Штатные единицы	Физические лица	Кэфф. совм.	Расчет от штатных единиц	Расчет от физических лиц
Стационар	345,5	4208	1,27	3,4	4,3
ЦОВП	347,75	215	1,6	4,9	7,9
Нац. госпиталь	397,75	346	1,14	2,7	3,1
НХЦ	117,5	97	1,21	2,3	2,7
НЦОМи д	276,5	299	0,92	2,1	1,9

Как видно из таблицы 2 нагрузка врачей не всегда соответствует требуемым нормам согласно приказу Министерству здравоохранения Кыргызской Республики от 8 июля 2011 года №354. Например в Национальном центре охраны материнства и детства в день приходится на врача меньше чем 2 больных, это не считая преподавателей кафедр медицинских ВУЗов.

Третья группа стратегий, направленных на обеспечение более эффективного распределения ресурсов, относится к сфере фармацевтической помощи, так как лекарственные расходы составляют 10-20% от общих издержек на здравоохранение. В странах ЦВЕ и СНГ проблемы усугубляются такими факторами, как острая нехватка лекарств, бюджетный дефицит, отсутствие надлежащих систем ценообразования и механизмов возмещения затрат. Стратегии по сдерживанию расходов и повышению качества системы назначения лекарственных средств могут быть направлены на предложение (фиксированные бюджеты для врачей и на фармацевтические расходы, поощрение использования лекарств генериков, аудит практики назначения лекарственных средств), на спрос (соучастие граждан в покрытии лекарственных расходов, развитие рынка фармацевтических средств, отпускаемых без рецепта) и на весь рынок в целом (прямой контроль за ценами на фармацевтические препараты, за доходами фармацевтической промышленности, развитие рынка для лекарственных средств - генериков).

В рамках реформ здравоохранения повышенное внимание уделяется вопросам организации работы и

поведения медицинских работников на микро учрежденческом уровне. Принятие мер были направлены на повышение качества медицинской помощи, изменение структуры внутренней и внешней организации работы больниц, повышение потенциала сектора первичной медико-санитарной помощи и, когда это возможно, замену оптимальными видами медицинской помощи услуг, переставших удовлетворять современным требованиям. Соответствующие изменения были также внедрены в сфере людских (трудовых) ресурсов.

Следует отметить три концепции, относящиеся к качеству клинической помощи. Первая заключается в том, что обеспечение качества является непрерывным процессом, характеризующимся повторяющимися циклами определения стандартов и нормативов, внесения изменений и переоценки. Вторая концепция относится к необходимости проведения разграничений между различными путями измерения качества, относящимися к структуре, процессу и результатам. Третья концепция касается дифференциации между внутренними и внешними подходами к обеспечению качества. Критерии оценки процесса должны быть использованы лишь тогда, когда известно, что между ними и хорошими результатами для пациента имеется взаимосвязь. Использование структурных критериев основано на допущении, что высококачественную медицинскую помощь нельзя обеспечить без основных необходимых для этого предпосылок таких, например, как современная материально-техническая база и подготовленный персонал. При внутреннем обеспечении качества усилия предпринимаются людьми, осуществляющими клинические процедуры. Для этой системы характерны такие преимущества, как формирование у медиков чувства сопричастности и ее меньшая открытость для манипулирования результатами. При внешнем подходе орган, не являющийся частью больницы или звена общей практики, проводит анализ критериев качества. При таком подходе акцент, как правило, делается на структуре, потому что ее оценка представляет гораздо меньше проблем, чем оценка процесса или конечных результатов. Типичным примером такого подхода является аккредитация больниц.

Одной из тенденций в европейском регионе является внедрение программ непрерывного повышения качества медицинской помощи. В этой инициативе используется комплексный, интегрированный и динамичный подход к повышению качества, она действует на различных уровнях здравоохранения. В рамках данной программы проводятся сравнения конечных результатов, достигнутых в аналогичных медико-санитарных структурах, идентифицируются и

распространяются примеры лучшей практики и поощряется их внедрение.

Адаптация систем здравоохранения с целью сдерживания расходов в сочетании с повышением эффективности и качества медицинской помощи имеет место через процесс "замещения", под которым понимается постоянная перегруппировка ресурсов в рамках системы здравоохранения с целью наиболее оптимального их использования. Сюда относятся изменение места предоставления медицинской помощи, внедрение новых технологий, изменение комбинаций различных категорий медицинского персонала.

В ряде случаев больничная помощь может быть заменена более экономически эффективными видами медицинских услуг с дальнейшим сокращением дорогостоящего стационарного сектора. Для достижения этой цели было использовано сочетание рыночных механизмов и механизмов планирования. Стратегические подходы к преобразованию стационарной помощи направлены как на ограничение спроса на стационарные услуги (соучастие граждан в покрытии медицинских расходов; выплаты, стимулирующие практику лечения больных на уровне первичной медико-санитарной помощи), так и на их предложение (покупка стационарной помощи лишь при наличии документированных данных о ее эффективности; протоколы-схемы проведения лечения; системы оплаты медицинских работников). Несмотря на внедрение рыночных отношений, работа в этом направлении не должна препятствовать достижению такой общей цели здравоохранения, как охрана и улучшение здоровья; она должна проводиться на плановой основе таким образом, чтобы население не лишалось доступа к необходимой медицинской помощи.

Организация служб первичной медико-санитарной помощи в европейских странах различается в весьма значительной степени. Для успешного решения дальнейших задач сектор ПМСП должен наращивать свой уникальный потенциал по медицинскому обслуживанию отдельных пациентов и общины в целом и решать три взаимосвязанные задачи. Первая – это функциональная интеграция, означающая, что эпизодическое оказание медицинской помощи должно быть заменено комплексным подходом к решению медико-санитарных потребностей и проблем отдельных лиц, семей и общин. Вторая задача – это организационная интеграция, способствующая усилению много дисциплинарного характера коллектива медицинских работников учреждений здравоохранения (центров охраны здоровья), их интеграция с другими медицинскими учреждениями. Это означает, что работникам ПМСП следует четко определить границы

своих полномочий и работать в тесном сотрудничестве с врачами-специалистами и работниками служб социального обеспечения и общественного здравоохранения. Третья задача – это интеграция служб обучения и образования, где ключевыми инициативами являются преддипломная подготовка по ПМСП на создание возможностей для непрерывного образования врачей общей практики, семейных врачей и других членов бригады ПМСП.

Проблема переизбытка врачей в регионе нуждается в своем решении, в связи с чем испытывается необходимость пересмотра политики набора в медицинские вузы, особенно когда речь идет о частном секторе. Врачи-специалисты по-прежнему доминируют в секторе здравоохранения, как по численности, так и с точки зрения их статуса и заработков. В ходе реформирования сектора ПМСП было подчеркнуто, что семейная медицинская практика является экономически эффективным звеном здравоохранения и что семейный врач, работая на первом уровне контактирования пациентов с системой здравоохранения, предоставляет на регулярной основе медицинскую помощь конкретным пациентам с учетом как их личных потребностей и особенностей, так и потребностей и особенностей данной общины. Необходимо пересмотреть традиционное определение медицинских ролей и характера разделения обязанностей и ответственности между различными профессиональными работниками здравоохранения. Следует отказаться от необоснованного использования высококвалифицированного и дорогостоящего персонала путем передачи некоторых менее клинически сложных задач более соответствующим категориям персонала. Развитие сестринского обслуживания – это часть более общей тенденции к повышению экономической эффективности медицинской помощи. Во многих странах и во многих случаях медсестры являются первым, последним и наиболее постоянным звеном контакта пациентов с системой здравоохранения. Кроме того, в рамках сестринского обслуживания акцент переносится со стационарных медицинских услуг на ПМСП. Изменения в сестринской практике неизбежно влекут за собой необходимость реформирования системы обучения медсестер, решения вопросов их низкого статуса, оплаты труда.

Выводы:

1. Обязательства государства по предоставлению гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи не имеют адекватной финансовой обеспеченности;
2. Присутствует замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами;

3. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми на платной основе, сохраняется высокий уровень неформальных платежей со стороны населения;

4. Не должным образом налажен учет потребления медицинской помощи, предоставляемой в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что способствует росту теневой экономики (поборам).

Литература:

1. Аканов А.А. Основы политики и стратегии здравоохранения в XXI веке // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2001. - №1. - С. 18-23
2. Захаров И.С., Шинболатова А.С. Государственный заказ на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2002. - №2. - С. 58-64.
3. Каратаев М.М. Реформа системы финансирования здравоохранения в новых экономических условиях (на примере Кыргызстана) // Экономика здравоохранения. - М., 2000. - №2,3. - С. 18-19.
4. Каратаев М.М. Стратегия развития общественного здравоохранения в Кыргызстане. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева. - Бишкек, 2016. - №5. - С. 14-22.
5. Мамытов М.М., Каратаев М.М. Современное состояние и основные направления развития системы здравоохранения Кыргызстана. // Экономика здравоохранения. - Москва, 2004. - №2. - С. 5-15.
6. Щепин О.П. и соавторы. Фундаментальные основы политики здравоохранения. - М., 1999. - С. 397.

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