

[DOI:10.26104/NNTIK.2023.14.72.043](https://doi.org/10.26104/NNTIK.2023.14.72.043)

Рысмендеев Б.Дж., Асанбекова Дж.Ж., Джуманалиев Т.Ж.

СУВЕРЕНДУУ КЫРГЫЗСТАНДА САЛАМАТТЫК САКТОО СИСТЕМАСЫ

Рысмендеев Б.Дж., Асанбекова Дж.Ж., Джуманалиев Т.Ж.

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СУВЕРЕННОМ КЫРГЫЗСТАНЕ

B. Rysmendeev, Dzh. Asanbekova, T. Dzhumanaliev

HEALTHCARE SYSTEM IN SOVEREIGN KYRGYZSTAN

УДК: 34.01:614] (575.2)

Макалада ар кайсы өлкөлөрдүн саламаттыкты сактоо системалары каралат. Ар түрдүү өлкөлөрдүн саламаттыкты сактоо системалары көп түрдүүлүк жана улуттук өзгөчөлүк менен мүнөздөлөт. Ошол эле учурда улуттук саламаттык сактоо системасын түзүүнүн үч негизги уюштуруучулук-экономикалык жолу бар: мамлекеттик (бюджеттик), жеке саламаттык сактоо (медициналык жардамга тике төлөм), социалдык (милдеттүү) медициналык камсыздандырууга негизделген саламаттык сактоо системасы. Кыргызстанда саламаттыкты сактоо маселелери боюнча бир катар ченемдик укуктук актылар кабыл алынган жана мындай документтерди иштеп чыгуу бүгүнкү күнгө чейин уланууда. Мамлекет медициналык тейлөөнүн бардык түрлөрүн, анын ичинде акысыз жана акы төлөнүүчү медициналык тейлөөнү жана медициналык камсыздандырууну жаакшыртууга багытталган чараларды көрөт. Учурдагы мыйзамдар негизинен административдик, уюштуруучулук жана башкаруучулук милдеттерди жөнгө салат, пациенттерди укуктук коргоо механизмдерине жетиштиүү көңүл бурулбайт.

Негизги сөздөр: мыйзамдар, Кыргыз Республикасы, саламаттыкты сактоо, жарандар, укуктар, милдеттер, мамлекеттин саясаты, социалдык камсыздоо, саламаттык сактоо уюмдары.

В статье рассматривается системы здравоохранения различных стран. Указывается, что системы здравоохранения различных стран характеризуются разнообразием и национальной спецификой. В тоже время выделяются три основные организационно-экономические пути формирования национальной системы здравоохранения: государственная (бюджетная), частное здравоохранение (непосредственная оплата медицинской помощи), система здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании. В Кыргызстане были принят ряд нормативных актов по вопросам здравоохранения, разработка таких документов продолжается и по сей день. Государством предусматриваются меры, направленные на совершенствование всех форм оказания медицинских услуг, в том числе бесплатное и платное медицинское обслуживание и медицинское страхование. Действующие законы, в основном, регулируют административно-организационные и управленческие задачи, а механизм правовой защиты больных уделяется недостаточное внимание.

Ключевые слова: законы, Кыргызская Республика, здравоохранение, граждане, права, обязанности, политика государства, социальное обеспечение, организации здравоохранения.

The article examines the health care systems of various countries. It is indicated that the healthcare systems of different countries are characterized by diversity and national specificity. At the same time, there are three main organizational and economic ways of forming a national health care system: state (budgetary), private health

care (direct payment for medical care), a health care system based on social (compulsory) health insurance. A number of regulations on healthcare issues have been adopted in Kyrgyzstan, and the development of such documents continues to this day. The state provides for measures aimed at improving all forms of medical services, including free and paid medical care and medical insurance. Current laws mainly regulate administrative, organizational and management tasks, and insufficient attention is paid to the mechanisms of legal protection of patients.

Key words: laws, Kyrgyz Republic, healthcare, citizens, rights, duties, state policy, social security, healthcare organizations.

При оказании медицинской скорой помощи и стационарной помощи в соответствии с законами Кыргызской Республики осуществляется бесплатное обеспечение лекарствами. Больным, нуждающимся в немедленной госпитализации до прохождения обследования болезни, медицинская помощь предоставляется за счёт государства.

Первичная медико-санитарная помощь является для каждого гражданина основным, доступным, бесплатно предоставляемым видом медицинского обслуживания и включает себя следующее: лечение широко распространенных болезней, ранений, отравлений и других неотложных тяжелых заболеваний; санитарно-гигиенические знания; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи по месту проживания граждан.

Системы здравоохранения различных стран характеризуются разнообразием и национальной спецификой. В тоже время выделяются три основные организационно-экономические пути формирования национальной системы здравоохранения: государственная (бюджетная), частное здравоохранение (непосредственная оплата медицинской помощи), система здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании.

Государственная система здравоохранения явилась историческим завершением так называемой благодетельной медицины, при котором церковь и государство решали задачу финансирования медицинской помощи нищим.

В 50-60 годах прошлого столетия государственная служба здравоохранения рассматривалась как передовая национальная система организации медицинской помощи. Однако, позже был выявлен ряд системных недостатков данной системы [1, с. 97].

Государственная система здравоохранения значительно развита в таких странах как Великобритания, Италия, Куба, Россия и т.д.

Вместе с тем, на практике обеспечение права граждан на получение платных медицинских услуг не должно приводить к ущемлению их конституционных прав на получение бесплатной медицинской помощи.

Для улучшения качества предоставления бесплатной медицинской помощи первичным звеном и бригадами скорой помощи необходимо обеспечить их необходимым оборудованием, препаратами, а также обеспечить достаточным финансированием, в том числе решить проблемы с обеспечением базовыми комплектами оборудования детских реанимационных отделений.

Система частного здравоохранения самостоятельно не функционирует ни в одной из национальных систем организаций медицинской помощи, так как существуют некоторые ее отрицательные стороны. В том числе:

1. Высокая стоимость медицинских услуг, недоступность медицинской помощи для большей части населения;
2. Недостаточное внимание на профилактику и получение медицинской помощи на дому, преимущество лечения «легких» заболеваний;
3. Неэффективное использование ресурсов, преувеличение затратных хозяйственных механизмов;
4. Гипердиагностика, выполнение значительной доли дорогостоящих процедур и вмешательств без достаточных на то медицинских показателей;
5. Отсутствие государственного регулирования и контроля за качеством медицинских процедур, применение медицинских технологий и небезопасных для здоровья больных технологий.

Самый высокий уровень системы частного здравоохранения создан в Соединенных Штатах Америки. Исторически появление частного здравоохранения связано с удовлетворением потребностей состоятельной части населения в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах. Соответственно, данная система не может являться организационно-финансовой основой национальной системы общего здравоохранения и должна использоваться как дополнение к системе в целом или для государственного здравоохранения, которое базируется на социальном страховании.

Формирование здравоохранения, которое базируется на социальном страховании началось в конце XIX и начале XX века и в настоящее время функционирует во многих развитых странах. Как правило, такими системами здравоохранения в той или иной степени управляет государство (системы регулирования страхования здравоохранения) [2, с. 109].

В настоящее время регулируемая страховая система здравоохранения известна в таких передовых,

экономически развитых стран как Франция, Германия, Канада, Япония. Совершенствование системы социального медицинского страхования осуществляется вследствие использования лучшего опыта частной медицины и примера государственного здравоохранения.

На нынешнем этапе одной из важных социальных задач, решаемых государством, является обеспечение эффективного функционирования системы здравоохранения.

В приоритетные направления реформирования здравоохранения входит не только решение задач по эффективному управлению, рациональному использованию выделенных финансовых и материальных средств, реструктурированию системы оказания лечебно-профилактической помощи населению, но и осуществление правовой защиты пациентов.

Во всем мире при выборе форм и методов обновления, проводимых в здравоохранении, действуют в соответствии с потребностями населения в медицинском обслуживании, с экономическими возможностями общества по удовлетворению этих потребностей.

В течение длительного времени считалось, насколько высоки затраты на здравоохранение, настолько в государстве высок уровень оказываемой медицинской помощи. Такое положение дел утратило свою значимость в начале 60-х годов, когда на самом деле в динамике здравоохранения всех странах были отмечены отрицательные тенденции.

Экстенсивная стадия совершенствования здравоохранения была завершена, и стало очевидно необходимость новых решений и новых концепций по совершенствованию медицинской помощи.

Среди таких новых концепций можно отметить два направления развития, построенных на базе современной системы здравоохранения многих развитых стран. Первая концепция (факторы риска) отмечает, что здоровье зависит не только от системы здравоохранения, но также от образа жизни, связанного с особенностями общества и личного поведения, состояния окружающей среды. Далее это направление переросло в стратегию укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Во многих странах данная стратегия претворяется в жизнь в виде рекомендованной ВОЗ программы «Здоровье для всех» [3, с. 37].

Вторая концепция была связана с необходимостью повышения эффективности услуг здравоохранения и подходит для перехода здравоохранения из метода экстенсивного совершенствования в способ интенсивного развития. Это наглядно указывает на то, что многие страны результаты оценивали в соразмерности с затратами, стремясь определить оптимальный образец развития здравоохранения и в соответствии с которым возможно добиться лучших показателей состояния здоровья населения, достигнутых не столь

большими ресурсными расходами. Такой процесс затянулся надолго и продолжается в течение десяти лет, когда осуществляется реформирование. Каждая страна с учетом своего законодательства и социально-экономических особенностей, выбирает свой путь развития [3, с. 37].

С середины 70-х годов показатели состояния здоровья населения нашей страны значительно ухудшились. Это положение складывалось вследствие увеличения общих заболеваний, роста человеческой смертности, в том числе и в трудоспособном возрасте, а также уменьшение рождаемости детей, стабильно высокого уровня детской смертности, уменьшения средней продолжительности жизни.

Как выяснилось, эффективность системы здравоохранения значительно ухудшилась из-за излишней монополизации управления и финансирования, дефицита ресурсов, отсутствия экономического интереса у производителей медицинских услуг и их потребителей к состоянию и укреплению здоровья.

Если взять с экономико-социальной стороны, переход к страхованию здравоохранения является объективной необходимостью, а незащищенность больных и работников данной сферы объясняется недостаточностью необходимого технического оборудования.

Низкий уровень заработной платы медицинских кадров вследствие нехватки бюджетных средств приводит к социальной незащищенности работников государственного здравоохранения.

Неудовлетворительное обеспечение соответствующим оборудованием и инструментами, медикаментозными средствами, изношенность используемого медицинского оборудования явилось причиной того, что с организационно-технической стороны медицинские учреждения остались на низком уровне развития. Рост дефицита бюджета привел к нехватке финансовых средств, к обострению положения в отраслях, финансируемых по остаточному принципу.

Для выхода из кризисных ситуаций, сложившихся в сфере здравоохранения необходимо построение новых экономических отношений, отделение собственности от государства и приватизация, а также осуществление перехода здравоохранения на формы страховой медицины.

Вышеуказанные причины обусловили в 1967-1969, 1977-1975 годах и в 1985-1987-годах необходимость проведения организационно-экономических экспериментов в некоторых больницах СССР, в ходе которых были предприняты попытки передачи больниц трудовому коллективу, а руководителям в целях улучшения эффективного использования материальных ресурсов предоставлялась самостоятельность, были изменены условия выплаты заработной платы медицинским работникам.

С середины 80-х годов в стране осуществлялась непрерывное реформирование здравоохранения: сначала в форме, называемой «новый хозяйственный механизм» (1987-1991-годы), а с 1992 года и до наших дней в виде установления системы здравоохранения, основанной на социальном (обязательном медицинском) страховании.

В научной литературе под качеством медицинской службы понимают «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, соответствующей уровню современной медицины и оборудованию медицинского учреждения, способность снижения патологического процесса и риска развития заболевания, степень достижения запланированного результата» [4].

В настоящее время стандарты медицинской помощи являются самым необходимым элементом системы управления качеством в системе здравоохранения многих зарубежных стран. В Германии действует установившаяся система контроля качества медицинского обслуживания, которое должно быть основано на потребностях больного, соответствовать нормам (правилам) медицинского искусства и общепризнанному положению медицинских знаний. Стандарты оказания медицинской помощи – это идентифицированные формы, обозначающие конкретный перечень необходимых медицинских услуг и указывающие на соответствующее положение медицинских исследований, научных знаний, необходимых для достижения целей лечения [5, с. 14].

В настоящее время определены стандарты для каждого вида медицинской помощи, оказываемой при конкретных заболеваниях. Они включают в себя перечень диагностических медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления; перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз; перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая импланты, эндопротезы); перечень компонентов крови и препаратов с указанием количества и частоты их предоставления; перечень лечебного питания с указанием количества и частоты его предоставления. Вместе с тем, показателем качества медицинской помощи являются количественные показатели, отражающие процесс или результат оказанной медицинской помощи.

Причиной установления стандартов считается не только исходящая из необходимости определения стандартов нормативной базы, формально-юридическая, но и естественно обусловленная медицинская помощь.

Потому что, без конкретизации элементов медицинской помощи и без специального описания невозможно предоставление гарантий в соответствии с конституционным правом на медицинскую помощь:

1. стандарты оказания медицинской помощи дают возможность конкретизации объема медицинской помощи и процедур, и согласования объема финансовых ресурсов, направленных на реализацию права на медицинскую помощь;

2. в основе стандартов оказания медицинской помощи – возложение ответственности на медицинских работников при причинении вреда здоровью и жизни больного, потому что соблюдение медицинскими работниками профессиональных стандартов является доказательством необходимой заботы и бережного отношения к больному;

3. стандарты оказания медицинской помощи выполняют роль «арбитров» во взаимоотношениях между организациями медицинского страхования и лечебными учреждениями и здесь интересы участников системы находятся в разных направлениях: организации медицинского страхования нацелены на экономию средств, а лечебные учреждения стремятся использовать свои мощности [6, с. 73].

В общем, стандарты оказания медицинской помощи являются юридической гарантией, препятствующей «навязыванию» лишних медицинских услуг в процессе реализации конституционного права больного на предоставление медицинской помощи.

Данное новшество в области здравоохранения осуществляется в период нередких отрицательных тенденций в социально-экономической в сфере при сокращении средней продолжительности жизни, явном ухудшении здоровья населения и обострения экологической ситуации.

В таких условиях при оказании медицинской помощи больным обеспечение их правовой защиты является одной из важных составляющих проводимой в стране реформы здравоохранения.

Необходимость особенно правовой защиты интересов больного была признана международными медицинскими ассоциациями и отмечена в ряде деклараций и конвенций.

В Кыргызстане также были принят ряд нормативных актов по вопросам здравоохранения, разработка таких документов продолжается и по сей день.

Государством предусматриваются меры, направленные на совершенствование всех форм оказания медицинских услуг, в том числе бесплатное и платное медицинское обслуживание и медицинское страхование.

И все же необходимо отметить, что действующие законы, в основном, регулируют административно-организационные и управленческие задачи, а механизмам правовой защиты больных уделяется недостаточное внимание.

Создание и утверждение правовых норм в области здравоохранения, восприятие значимости содержания и законного обеспечения взаимоотношений врача и больного в сознании людей и общества зачастую идет далеко впереди осуществляемых изменений.

Основной целью государственной системы здравоохранения Кыргызской Республики является реализация открытого интереса в предоставлении бесплатной помощи гражданам в сфере здравоохранения.

Литература:

1. Олейник Ч.Г. О систематизации законодательства об охране здоровья населения. Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции) [Текст] / Ч.Г. Олейник. М., 24 ноября 2007 г). / Под ред. Хабриевой Т.Я. М.: Изд-во Юриспруденция. - 2007. – С. 97.
2. Хабриева Ю.А. Концепции развития российского законодательства [Текст] / Ю.А. Хабриева, Ю.А. Тихомирова, Ю.П. Орловского. - М., 2004. – С. 199.
3. Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения [Текст] // Государство и право. - 2004. - № 8. – С. 37.
4. Рабец А.М. Права потребителей при оказании медицинских услуг [Текст] / А.М. Рабец // Законы России: опыт, анализ, практика. -2007. - № 2. – С. 14.
5. Сироткина А.А. Договор оказания медицинских услуг: особенности правового регулирования [Текст] / А.А. Сироткина. - М., - 2004. – С. 14.
6. Колоцей И.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность [Текст]: дисс. ... к.ю.н.: 12.00.02. / И.А. Колоцей.– Архангельск, 2010. – С. 3.
7. Аль-Шавбаке Лайт Джума Оде, Кочербоева А.А. Современное состояние функционирования сферы здравоохранения Кыргызстана. // Известия вузов Кыргызстана. 2018. №. 6. С. 63-67.