



Реферат

Введение

В течение долгих лет Средняя Азия оставалась одной из самых неизведанных областей бывшего Советского Союза. Сегодня пять стран на стыке Европы и Азии — Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркмения и Узбекистан, — границы которых были прочерчены в Москве в 1920-х гг., приобретают все большее значение для всего мира. Получив независимость в 1991 г., эти страны столкнулись с огромными трудностями: им пришлось заново создавать

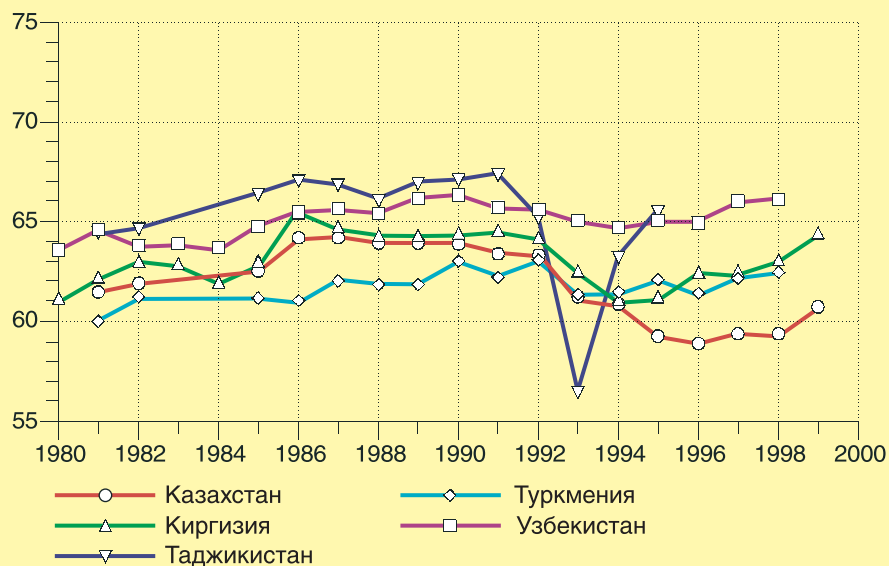
государство, конституцию, органы государственного управления. Еще одной проблемой стало наследие прежних времен — старые структуры, в частности здравоохранение, в современных условиях оказались неэффективны и нерентабельны, потребовав безотлагательных реформ.

Внимание к здравоохранению среднеазиатских стран за их пределами незначительно. Показать широкой, в том числе международной, аудитории главные трудности, с которыми столкнулись системы здравоохранения Средней

Рисунок 1. Средняя Азия

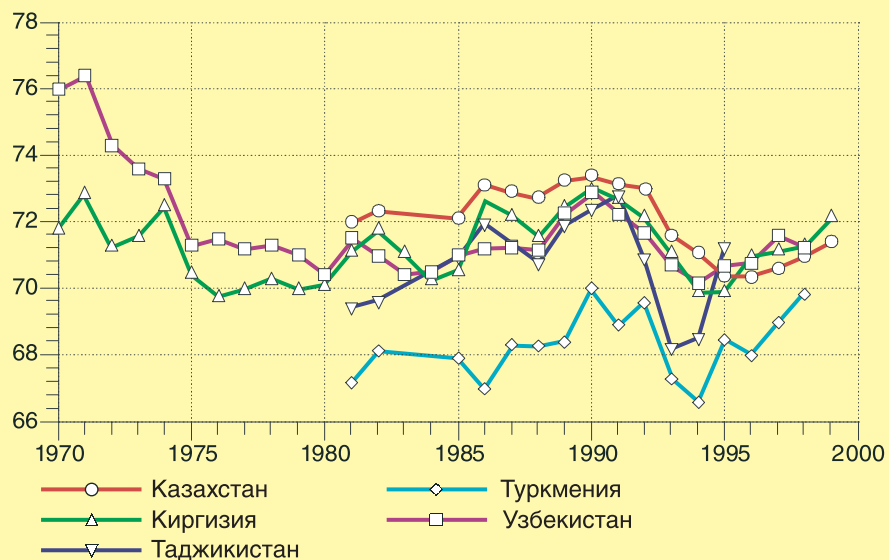


Рисунок 2. Средняя продолжительность жизни мужчин, годы



Источник: WHO Regional Of fice for Europe health for all database.

Рисунок 3. Средняя продолжительность жизни женщин, годы



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database.

Азии, и рассказать о некоторых путях их разрешения — задача настоящего реферата, содержащего основные положения прилагаемой книги.

Здоровье населения Средней Азии

Страны Средней Азии несут двойное бремя. Еще во времена Советского Союза в них отмечалась высочайшая смертность взрослого населения. Кроме того, эти страны отличает относительно высокая детская смертность, особенно в результате инфекций. Низкая продолжительность жизни и трудоспособности удивительно мало волнует как научные, так и руководящие круги этих стран. Отчасти это отражает их застарелую несостоятельность. Тем не менее, не все так однозначно: во первых, есть основания сомневаться в истинности данных, предоставляемых некоторыми из этих стран (известно о подтасовках из политических соображений), а во-вторых, в силу укоренившейся скрытности многое остается неизвестным.

Судить о здоровье населения удобно по средней продолжительности жизни. До 1991 г. средняя продолжительность жизни мужчин Средней Азии, в частности Казахстана и Киргизии, практически не отличалась от таковой в Российской Федерации. В первой половине 1990-х гг. она сократилась во всех среднеазиатских странах: особенно резко в Казахстане и Киргизии, более плавно — в Туркмении и Узбекистане. Глубокий спад показателя в Таджикистане связан с гражданской войной, которая унесла многие жизни и препятствовала сбору данных. Средняя продолжительность жизни женщин значительно сократилась в Узбекистане, а в Туркмении, где она и была низкой, продолжала уменьшаться.

В конце 1990-х гг. наметилось улучшение. Но даже достигнув 67,2 лет к 1997 г., средняя продолжительность жизни населения Средней Азии осталась гораздо более низкой, чем в Западной Европе, где составляла 78,1 год.

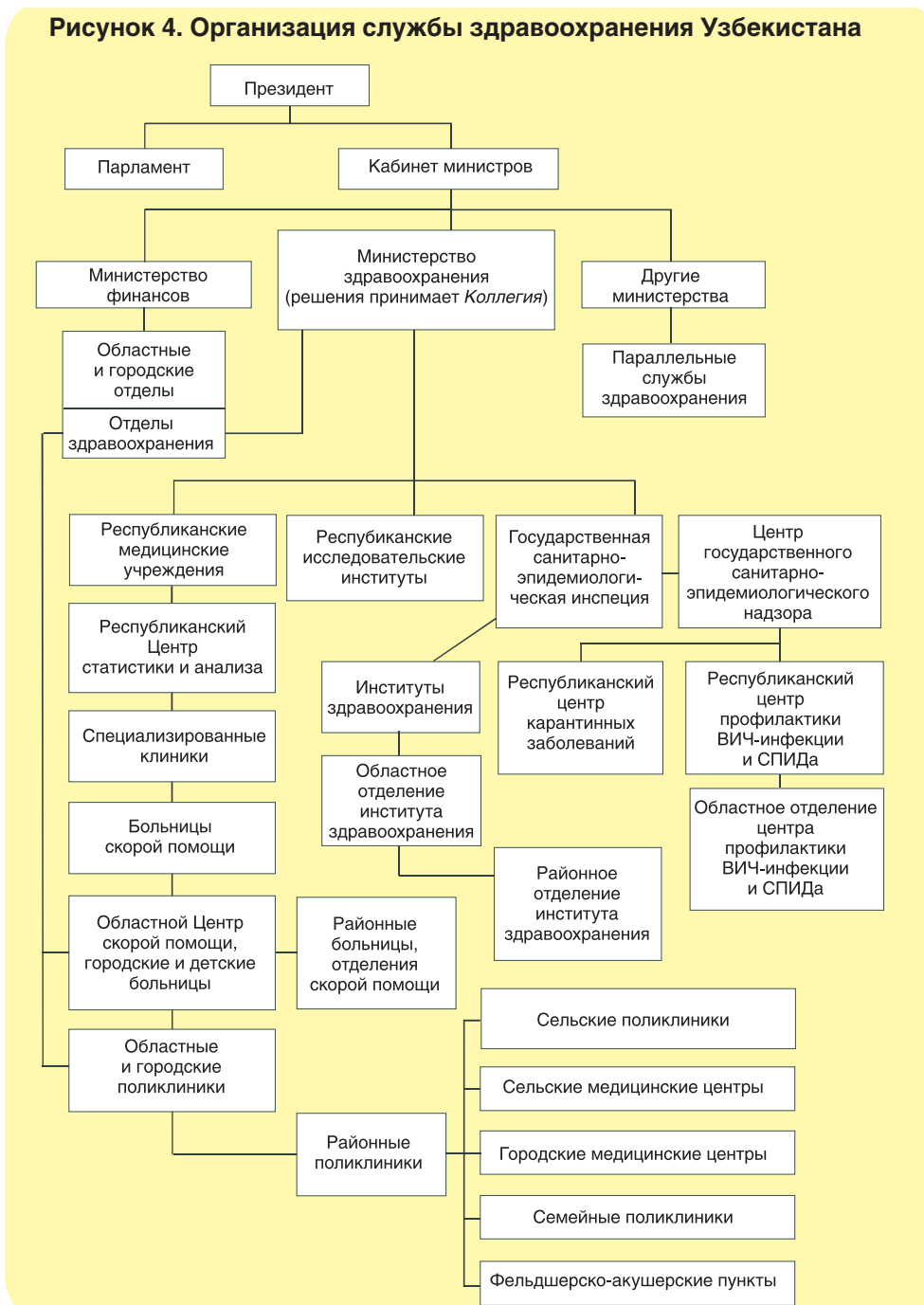
Сравнение с Российской Федерацией существенных отличий не обнаруживает: в Средней Азии динамика средней продолжительности жизни мужчин не много лучше, женщин — несколько хуже. Для женщин наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в малоразвитых южных районах и сельской местности. Мужчины, напротив, больше страдают в областях, где старинный уклад сохранился в наименьшей степени, и отчасти это обусловлено распространением пьянства.

Советское наследие

Все республики Средней Азии унаследовали советскую систему здравоохранения. Она гарантировала всеобщее медицинское обслуживание, по крайней мере на начальном уровне, но обладала и множеством недостатков. Организацией здравоохранения занималась Москва, которая не допускала никакого самоуправления и тормозила развитие любой инициативы. Центральное руководство медицинскими службами осуществляли республиканские министерства здравоохранения, которым подчинялись областные отделы здравоохранения, а им, в свою очередь, — городские и районные.

Из рис. 4 видно, насколько сложна эта система. На схеме представлена система здравоохранения Узбекистана, но она, пусть отличаясь в деталях, отражает общие черты систем здравоохранения всех среднеазиатских стран. Фельдшерско-

Рисунок 4. Организация службы здравоохранения Узбекистана



акушерские пункты обслуживают сельскую местность; они укомплектованы фельдшерами и акушерками. В сельских поликлиниках обычно работают врачи четырех специальностей: терапевт, педиатр, акушер-гинеколог и стоматолог (врачей общей практики до последнего времени не существовало). Небольшие сельские больницы на 20—30 коек оказывают крайне скудную помощь, к тому же многие из них уже закрыты. В каждом районе есть центральная районная больница, где оказывают основную медицинскую помощь, и поликлиники (взрослые и детские), в которых население обслуживают врачи разных специальностей. В областных центрах, как правило, расположены специализированные больницы и диспансеры, в частности, противотуберкулезные. В столичных республиканских больницах проводят более сложное и специализированное лечение, в том числе сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Санитарно-эпидемиологическая служба (санэпидстанции) следит за состоянием окружающей среды и заразными заболеваниями.

В отличие от живучей организационной структуры, материальные объекты системы здравоохранения разрушаются на глазах. Медицинские учреждения годами недополучают средства, в сельской местности многие из них не имеют даже водопровода. Тяжело сказалось и ухудшение экономической ситуации с 1980-х по 1990-е годы: оборудование устарело, лекарственные фонды истощились, здания обветшали. Сегодня современного оборудования все так же не хватает. Первичная медицинская помощь остается слаборазвитой, а пропаганда здорового образа жизни лишь зарождается. Господствующее положение в системе здравоохранения занимают больницы.

Именно им достается большая часть средств. Кроме того, в больницах работает большинство специалистов, причем число их избыточно, а занятость крайне низка. Финансирование медицинских учреждений по-прежнему ограничено жесткими рамками постатейного бюджета, который способствует сохранению избыточного коечного фонда, не оставляет средств на нововведения и поощряет расточительные схемы лечения.

Большинство медицинских работников не обеспечены необходимыми средствами для работы. Специализацию врачи все также проходят на последних курсах институтов. Общей практике только предстоит стать равноправной врачебной специальностью. Квалификация большинства медицинских сестер низка, они способны выполнять только простейшие процедуры. Персонал поставлен в трудные условия, которые не способствуют высококвалифицированному медицинскому обслуживанию, и оно не удовлетворяет население. Подходы к лечению во многом устарели, больных, которым показано амбулаторное лечение, часто госпитализируют.

Советская система здравоохранения, унаследованная республикам Средней Азии, расточительна, неэффективна и в перспективе нежизнеспособна. Затяжной экономический кризис, наступивший с обретением независимости, показал неизбежность реформ.

Финансирование здравоохранения

Стремление государства обеспечить себя надежными источниками дохода и сократить затраты послужило важным стимулом реформ.

Потоки средств в бюджет здравоохранения оскудевали, и восполнение их стало первоочередной задачей. Определелись четыре основные статьи дохода: налоги, медицинское страхование, платные медицинские услуги и внешние фонды.

Налоги

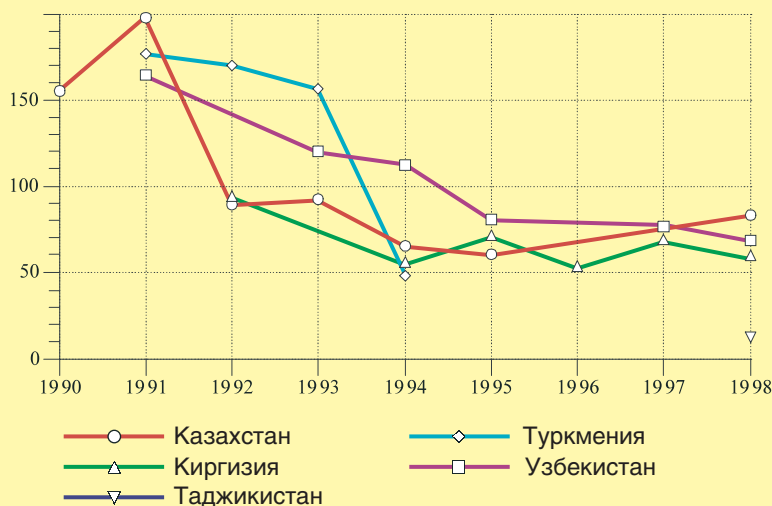
Как и другие страны бывшего Советского Союза, республики Средней Азии были вынуждены искать новые источники пополнения государственных доходов (раньше ими служили государственные предприятия и Москва). Для большинства стран первая половина 1990-х гг. ознаменована уменьшением доходов более чем на 60%, дефицитом бюджета и сокращением расходов на здравоохранение до четверти или трети от прежнего уровня. К 1998 г. каждая из пяти республик Средней Азии тратила на здравоохранение около 2,5% своего

скудного валового внутреннего продукта, тогда как западноевропейские страны — 8,6%. Эта разница еще заметнее в долларовом выражении: в странах Западной Европы затраты на медицинское обслуживание превышают таковые в республиках Средней Азии более чем в 30 раз: 1849 и 59 долларов на душу населения соответственно.

Страхование

Другая важная статья доходов здравоохранения — медицинское страхование. В некоторых странах полагали, что в условиях слабой экономики и скудных налоговых поступлений именно медицинское страхование станет надежным и гарантированным источником финансирования здравоохранения. Казахстан (в 1996 г.) и Киргизия (в 1997 г.) ввели обязательное медицинское страхование, а Туркмения (с 1996 г.) перешла на государственное добровольное медицинское

Рисунок 5. Общие затраты на лечение, доллары США на душу населения в год



Источник WHO Regional Office for Europe health for all database.

В странах Западной Европы затраты на медицинское обслуживание превышают таковые в республиках Средней Азии более чем в 30 раз: 1849 и 59 долларов на душу населения соответственно

страхование. Таджикистан и Узбекистан продолжают финансировать здравоохранение из государственного бюджета. Страховые фонды не смогли заметно пополнить доходы, тем более что сбор страховых взносов с заработной платы сталкивается с теми же трудностями, что и сбор налогов.

Успешность медицинского страхования оценивают по-разному, но главный ее показатель — повышение доли страховых взносов в общих затратах на здравоохранение. Страхование не оправдало ожиданий: в среднем страховые взносы составляют не более 10% от затрат населения на медицинское обслуживание. Надежды на то, что медицинское страхование обеспечит мощный приток средств и даже, возможно, обеспечит здравоохранение резервными фондами, потерпели крах. Его введение не смогло остановить оскудения бюджета здравоохранения.

Медицинское страхование привлекало своей открытостью и новизной, разрывом с прежним порядком вещей. Однако не было учтено то обстоятельство, что западная система социального страхования, — с ее корнями, уходящими в эпоху промышленной революции, опорой на социальное партнерство предпринимателей и профсоюзов и современные производственные отношения — вряд ли подходит для условий, существующих в Средней Азии.

Несмотря на все трудности, некоторые среднеазиатские реформаторы счи-

тают, что внедрение медицинского страхования, пусть и непрямым путем, но все же ускорило перемены. В частности, оно ввело новый способ оплаты медицинских услуг, предоставило выбор страховых контрактов, учредило новую систему установления норм и контроля за их соблюдением. Появление страховых обществ, которые сами выбирают медицинские учреждения для заключения договоров, стало предпосылкой повышения качества и рентабельности медицинских услуг.

Платные медицинские услуги

Непосредственная оплата медицинских услуг стала важным источником финансирования здравоохранения.

Третий источник доходов здравоохранения — платные медицинские услуги. Поскольку обеспечить надежное пополнение бюджета за счет налогов и страхования не удалось, непосредственная оплата медицинских услуг стала важным источником финансирования здравоохранения, без которого больницы остались бы лишены насущных средств и не смогли бы платить зарплату. В Казахстане и Киргизии на долю платных медицинских услуг приходится более 50% общих затрат на здравоохранение, в Таджикистане, вероятно, — 70%. Ситуация в Узбекистане и Туркмении не ясна (сведения неполны). По данным большинства социологических опросов, более половины населения среднеазиатских республик платит за медицинские услуги (официально или неофициально).

Можно выделить три способа непосредственной оплаты медицинских услуг: 1) оплата по официальным тарифам государственных или частных медицинских учреждений; 2) оплата расходов материалов или лекарственных средств, полуофициально взимаемая

медицинскими учреждениями; 3) «благодарность» за лечение или, все чаще, неофициальная предварительная оплата медицинских услуг.

Официальные платные медицинские услуги, отчасти благодаря внедрению элементов рынка, получили довольно широкое распространение. По безусловным заниженным оценкам, они обеспечивают здравоохранению около 10% доходов. Некоторые страны стремятся сделать платную медицину честной, и выпускают перечень услуг и тарифов. Такой подход кажется более приемлемым для населения, нежели неформальная оплата «из-под полы», но смог ли он искоренить ее, неизвестно. Полуофициальная оплата расходных материалов, которая для медицинского учреждения часто является единственным способом получить их, тоже весьма распространена. Так, многие государственные больницы требуют, чтобы больные обеспечивали себя перевязочным материалом, пищей и лекарственными средствами, стирали белье и полотенца.

Хотя данные разрозненны и неполны, неофициальные подарки и вознаграждения можно считать важным источником дохода медицинских работников, чья заработная плата крайне мала и часто задерживается месяцами. Несмотря на укоренившуюся традицию «благодарить» за лечение, есть данные, что сейчас медицинские работники чаще требуют оплачивать свои услуги заранее. В некоторых странах более половины опрошенных сообщили, что оплачивают свое лечение, особенно в больницах, именно таким образом.

Закрывать и объединять больницы — единственный способ сократить постоянные издержки

Реформа финансирования здравоохранения

До сих пор реформа финансирования здравоохранения не смогла существенно улучшить положение; медицинское страхование не поправило положения. На сегодня можно сделать три главных вывода.

Первое. В лучшем случае, временно улучшить положение способны платные медицинские услуги. Они должны стать первым шагом к надежной системе предварительной оплаты медицинского обслуживания, идеальный источник которой — налоги. При нынешнем уровне сбора страховых взносов и налогов пополнив бюджет здравоохранения за их счет вряд ли возможно, поэтому в первую очередь необходимо усовершенствовать систему их сбора. Одновременно следует сосредоточиться на повышении рентабельности лечения.

Второе. Возлагая все больше надежд на платные медицинские услуги, здравоохранение ставит больных в неравное положение, ущемляя бедные слои населения. Так, более трети опрошенных малообеспеченных граждан Таджикистана сообщили, что цены на медицинские услуги заставляют их воздерживаться от лечения. За чертой бедности (4,3 доллара США на человека в сутки) сегодня оказалось около трети населения Казахстана и Туркмении и большинство граждан Таджикистана.

Третье. Становится все очевиднее, что системе здравоохранения пойдет на пользу преобразование самих медицинских учреждений. Большую часть бюджетных средств поглощаются больницами, размеры которых, по большинству оценок, избыточны. Необходимо, следовательно, сократить как число больниц, так и число больничных коек.

Преобразование больничной системы

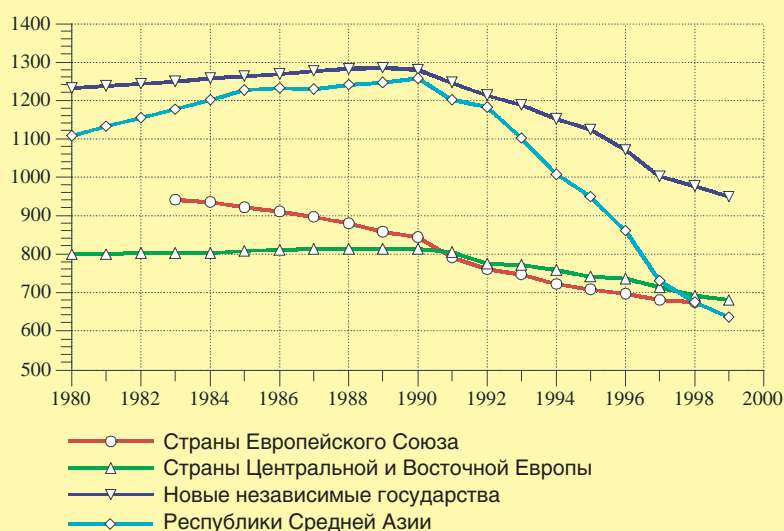
Во всех республиках Средней Азии сохранилась больничная система советского образца, которая поглощает около 70% бюджета здравоохранения. Бюджет больниц, в свою очередь, в основном расходует на оплату коммунальных услуг и заработную плату, после чего его мизерные остатки уходят на материально-техническое обеспечение, закупку лекарственных средств и оборудования, иными словами, собственно на лечение. Резкий экономический спад 1990-х гг. заставил искать пути сокращения больничных затрат, прежде всего путем перевода части медицинских услуг в разряд амбулаторных.

В то время как число коек не отражает в полной мере пропускную способность больницы, оно поддается подсче-

ту, на основании которого можно вывести некоторые закономерности. С 1992 г. в республиках Средней Азии число больничных коек (включая находящиеся в интернатах для хронических больных) стало быстро сокращаться, и сегодня оно гораздо ниже, чем в бывшем Советском Союзе, хотя и значительно превосходит таковое в западноевропейских странах.

Отчасти число коек сократилось лишь на бумаге, поскольку от него в некоторой степени зависело финансирование больницы, и ей сокращать его было не выгодно. Однако и в действительности больничных коек стало меньше и, следовательно, снизилась пропускная способность больниц. В крупных больницах сократили число коек, ряд мелких сельских больниц закрыли. Так, в Казахстане к 1997 г. из 684-х сельских больниц (по данным за 1994 г.) осталось 208,

Рисунок 6. Число больничных коек на 100 000 населения



Источник: WHO Regional Office for Europe health for all database.

хотя, как уже отмечалось, многие из них были практически бесполезны. Гораздо труднее оказалось закрывать и объединять крупные больницы, особенно в больших городах. Тем не менее такая мера необходима: это единственный способ сократить постоянные издержки.

Статистические данные об интенсивности использования больниц в странах, где происходят глубокие преобразования, несколько сомнительны. Тем не менее, есть основания полагать, что с 1990 г. по 1998 г. число госпитализаций сократилось по крайней мере на треть. Однако судьба госпитализированного больного не изменилась, и средняя длительность госпитализации по-прежнему составляет от 12 до 13 суток. Порочные финансовые стимулы, устаревшие схемы лечения и невозможность выбора — причины столь длительного пребывания больных в стационаре.

Первичная медицинская помощь

Советская система первичной медицинской помощи охватывала огромную территорию, но средства ее были весьма ограничены. На ее долю отводилось не более 10—15% бюджета здравоохранения. Учреждениям не хватало оборудования, специализации в этой области не существовало, поэтому частота госпитализаций была неизбежно высока. Сегодня недостаток первичной медицинской помощи особенно остро ощущается в сельских районах, где проживает 45—70% населения Средней Азии.

Развитие первичной медицинской помощи признано важной задачей реформы здравоохранения всеми среднеазиатскими республиками. У каждой свои пути и темпы достижения этой цели, но едины они в одном: «узких» специали-

стов, которые оказывают первичную медицинскую помощь сегодня, должны сменить специалисты широкого профиля — врачи общей (семейной) практики. Кроме того, наблюдается тенденция к объединению практикующих врачей. Однако повышению квалификации остальных медицинских работников и, следовательно, расширению их обязанностей уделяется мало внимания.

Стремление усовершенствовать первичную медицинскую помощь отразилось и на ее финансировании. Изначально предпочтение отдавали крайне сложным схемам финансирования, в частности самостоятельному распределению лечебных фондов. При этом снабжением местной инфраструктуры часто пренебрегали. Однако спустя почти десять лет экспериментов большинство сторонников подобных методов отступились от них, осознав присущие им недостатки.

С реформой первичной медицинской помощи и преобразованием финансирования было связано много ожиданий. На деле они занимают гораздо больше времени, чем предполагалось. Тому есть ряд причин. 1) Государственному бюджету не хватает гибкости. 2) Новые системы финансирования обладают слишком слабыми налоговыми стимулами, которые отражают глубокий экономический спад. 3) Возможность изменить ситуацию во многом недооценивают. Сегодня действия реформаторов уже не столь честолюбивы, и главная ставка в улучшении первичной медицинской помощи сделана на переподготовку кадров.

Необходимость реформ очевидна, поскольку существующий порядок нежизнеспособен

Что дальше?

Все, кто занимается реформой здравоохранения в Средней Азии — правительство, местные органы управления здравоохранением, международные организации — сталкиваются с непростыми задачами, ведь им приходится работать в неблагоприятной политической и экономической обстановке. Необходимость реформ очевидна, поскольку существующий порядок нежизнеспособен, а кризис здравоохранения настолько глубок, что тормозит общее экономическое развитие.

Реформу здравоохранения нельзя рассматривать в отрыве от политической и экономической обстановки. В конечном счете высококачественную и общедоступную систему здравоохранения невозможно создать без оздоровления экономики. Оно, в свою очередь, осуществимо только в условиях всестороннего экономического роста, причем для него не достаточно лишь эксплуатировать обширные природные ресурсы, закрепляя позиции олигархий. Необходимы вложения в образование и капитальное строительство, открытость, борьба с коррупцией. В свою очередь, все это благотворно отразится на здоровье населения. Тем не менее, главными, требующими первоочередного разрешения представляются четыре задачи.

Первое. Не ущемляя населения, пополнить фонды здравоохранения, чтобы они могли компенсировать затраты на основные медицинские услуги. Это невозможно без существенного перераспределения средств. Учитывая расслоение общества, которое особенно заметно при сравнении городского и сельского населения, задача эта крайне сложна с политической точки зрения.

Второе. Способствовать местному самоуправлению, отойти от унаследованной советской централизованной системы управления.

Третье. Выдержать давление приватизации. Во многих областях здравоохранения, в частности в производстве и распространении лекарственных средств, частный сектор способен играть важную роль. Однако приватизация нередко выливается в дешевую распродажу государственного имущества, которую чиновники устраивают для своих друзей и политических союзников. Учитывая сложность развития стран со слаборазвитой экономикой, скоропалительная приватизация представляется крайне неразумной.

Четвертое. Как можно скорее реорганизовать медицинские учреждения, избавиться от избыточных мощностей. Тут, однако, неизбежно столкновение с политикой полной занятости — особенно если здравоохранение рассматривается как источник рабочих мест.

Книги, выпущенные Европейской обсерваторией по системам здравоохранения (редакторы серии Josep Figueras, Martin McKee, Elias Mossialios и Richard Saltman), можно заказать на сайте www.observatory.dk

Реферат книги «**здоровоохранение в Средней Азии**» под ред. Martin McKee, Judith Healy и Jane Falkingham
Open University Press, 2002
© World Health Organization, 2002
ISBN 0 335 20926 2 (мягкая обложка)
ISBN 0 335 20927 0 (твердый переплет)

Содержание

Часть I: Контекст

Системы здравоохранения в республиках Средней Азии: введение
Martin McKee, Judith Healy, Jane Falkingham

История и политика в Средней Азии
Shirin Akiner

Макроэкономическое давление
Richard Pomfret

Бедность и доступность медицинской помощи
Jane Falkingham

Профили здоровья
Martin McKee, Laurent Chenet

Советское наследие
Mark G. Field

Часть II: Системы и службы здравоохранения

Процесс реформирования
B. Serdar Savas, Gülin Gedik, Marian Craig

Финансирование систем здравоохранения
Joseph Kutzin, Cheryl Cashin

Распределение ресурсов и оплата труда
Tim Ensor, Jack Langenbrunner

Медицинские кадры
Judith Healy

Модернизация первичного звена здравоохранения
Gülin Gedik, Zafer Oztek, Antony Lewis

Рационализация служб стационарной помощи
Johannes Vang, Steve Hajioff

Реструктуризация служб общественно-го здравоохранения

Ian MacArthur, Elena Shevkun

Системы здравоохранения в переходный период

Judith Healy, Jane Falkingham, Martin McKee

Часть III: Страны

Системы здравоохранения в разных странах

Казахстан

Maksut Kulzhanov, Judith Healy

Киргизия

Acelle Sargaldakova, Judith Healy, Joseph Kutzin, Gülin Gedik

Таджикистан

Rahmin Rahminov, Gülin Gedik, Judith Healy

Туркмения

Chary Mamedkuliev, Elena Shevkun, Steve Hajioff

Узбекистан

Farkhar A. Ilkhamov, Elke Jakobowski, Steve Hajioff

Европейская обсерватория по системам здравоохранения проводит тщательный анализ организации систем здравоохранения в разных странах, привлекая к этому ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей и способствуя выработке научно обоснованной политики в этой сфере. Более подробные сведения об этой организации, включая публикации, конференции, программы обучения, можно найти на сайте www.observatory.dk. Европейская обсерватория по системам здравоохранения сотрудничает с Европейским региональным бюро ВОЗ, правительствами Греции, Норвегии и Испании, Европейским инвестиционным банком, Институтом «Открытое общество», Всемирным банком, Лондонской школой экономических и политических наук, Лондонской школой гигиены и тропической медицины.