

PAPER DETAILS

TITLE: ??????? ?????????????????? ?? ?????????????????? ??????????? ??????????????????

AUTHORS:

PAGES: 78-81

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/575318>

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ

*Н.А. МУКАНОВА, Т.О. ОЖУКЕЕВА,
М.Т.СУЛТАНМУРАТОВ, Э.Т.БОКЧУБАЕВ*

Одной из целей реформы здравоохранения является усиление роли населения в принятии решений, предоставлении пациентам более широких возможностей [3].

Речь идет о возрастающих требованиях общества и каждого отдельно взятого гражданина к расширению прав в отношении выбора врача или медицинского учреждения и принятии решений относительно охраны здоровья. Более того, население требует участия в формировании политики здравоохранения на местах, поскольку это становится возможным, благодаря процессу децентрализации и может привести к демократизации служб здравоохранения, повышению подотчетности медицинских работников и государства [4].

При демократическом подходе предоставляемое пациенту право рассматривается в контексте его демократических прав. Имеющееся у пациента право выбора становится механизмом, с помощью которого люди могут оказывать большее влияние на происходящее с ними в рамках управляемой общественностью системы, что обычно проявляется при выборе ими медицинского учреждения или врача. Таким образом, пациенты путем своего участия помогают легитимизировать основополагающие полномочия в системе предоставления медицинских услуг. С этой точки зрения право пациента на выбор позволяет изучить мнение потребителя о системе здравоохранения [5].

Новые взаимоотношения в системе здравоохранения, когда деньги следуют за пациентом, должны быть привязаны к новым финансовым стимулам для поставщиков и ориентированы на спрос и потребности населения. Они дают населению преимущественное право быть услышанным, но и требуют большей ответственности. Это означает, что население должно больше и активнее участвовать в поддержании своего здо-

ровья и стать партнером медицинских работников, взяв на себя большую ответственность за состояние своего здоровья.

Основой новых взаимоотношений в системе здравоохранения является предоставление пациентам права выбора своего врача и медицинских услуг. Это стало возможным в результате реструктуризации системы предоставления медицинских услуг и создания необходимых для конкуренции условий. Это прежде всего создание и функционирование групп семейных врачей (ГСВ) или центров семейной медицины (ЦСМ). Предоставляемые ими услуги – это оказание общей медицинской помощи при обычных состояниях и нарушениях, а также укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Целью создания ГСВ/ЦСМ является укрепление системы первичного уровня, в центре которой находится пациент, и рассматривается в качестве главного шага на пути перенаправления ресурсов и предоставления большего права для участия в решениях по использованию ресурсов с учетом нужд и потребностей населения. Эта система определена в качестве приоритетной для сектора здравоохранения, так как именно на этом уровне должна решаться большая часть медицинских проблем, что позволит поддерживать здоровье наиболее экономичным и эффективным способом [6].

Изменение структуры здравоохранения является радикальным шагом и должно служить наглядным примером положительных изменений в системе. Необходимо проведение комплексной кампании социального маркетинга для того, чтобы население видело, что в конечном итоге оно выиграет от осуществления реформы здравоохранения. Кампания социального маркетинга должна дать исчерпывающую информацию о вновь созданных ГСВ или ЦСМ и поэтапном процессе реформы здравоохранения, который должен завершиться предоставлением права сво-

бодного выбора ГСВ. По сути, свободный выбор является демократическим процессом и имеет глубокое влияние на взаимоотношения между медицинским учреждением и сообществом. Группы семейных врачей заинтересованы в том, чтобы население выбрало их, а не просто было прикреплено к ним в зависимости от географического места проживания. В результате врачам ГСВ необходимо вести активную деятельность в сообществе, например, привлекая на свою сторону школы и домовые комитеты. После того, как новая система финансирования вступит в силу, необходимо расширить участие местного сообщества в работе медицинских учреждений. Например, использовать ГСВ или ЦСМ в качестве центра формирования здорового образа жизни и обучения населения по вопросам воспитания детей грудного вскармливания или предоставления информации о диарейных заболеваниях у детей.

В 1997 г. был создан первый в Кыргызстане Учебный центр семейной медицины, который стал моделью учебного и практического центра. Преподавательский и медицинский персонал центра разработали программу социального маркетинга. Целью социального маркетинга было просвещение населения о возможностях центра и природе семейной медицины. Проблема была вызвана тем, что многие пациенты проходят мимо центра семейной медицины и сами направляют себя на консультации к специалистам, что в свою очередь ведет к удорожанию медицинских услуг. Были изданы брошюры с описанием работы центра с тем, чтобы пациенты выбирали центр семейной медицины по положительным причинам. Преподаватели и медицинский персонал центра осознавали, что семейная медицина в Кыргызстане – это отступление от существующей системы предоставления медицинской помощи. Без соответствующего маркетинга возможны были неизбежные разочарования пациентов. Удовлетворение пациентов, оценка предоставляемой медицинской помощи со стороны населения и возможность предлагать свои идеи и рекомендации – основные принципы, заложенные в деятельности учебного центра семейной медицины.

Кроме создания устойчивой системы здравоохранения, реформа имеет целью улучшение здоровья населения и является одним из элементов процесса создания цивилизованного и демократического общества. Свободный выбор пос-

тавщика медицинских услуг является процессом демократизации общества. Этот процесс должен укрепить взаимоотношения врача и пациента и восстановить социальную справедливость.

В 1999 г. огромное количество населения, а также врачей Бишкека и Чуйской области участвовало в свободном выборе ГСВ.

Кампании свободного выбора ГСВ и врачей, работающих в ГСВ, предшествовала кропотливая двухлетняя информационно-образовательная работа. Был проведен опрос населения по вопросам реформы здравоохранения, формирования групп семейных врачей, отношения населения к ГСВ. Опрос мнения населения проводился с учетом возраста и пола интервьюируемых, социального статуса, образования, национальности. Методом *случайной выборки* были опрошены 1870 человек в Бишкеке и 1549 человек в Чуйской области. По социальному статусу респондентов в Бишкеке 31,4% были представлены работниками госструктуры, 19,6% – работающие в частном секторе, 12,1 – пенсионеры и 3% – зарегистрированные безработные. Соответственно, в Чуйской области – 37,5% госслужащие, 20,3 – не работающие, 18,2 – работающие в частном секторе, 11,7 – пенсионеры и 5,0% – зарегистрированные безработные. 64% респондентов Бишкека и 56% респондентов Чуйской области не были осведомлены о создании ГСВ вообще, 31% и, соответственно, 36% знали кое-какую информацию. Желание иметь возможность выбора ГСВ выразили 83% респондентов Бишкека и 84% – Чуйской области.

Самыми активными гражданами, желающими иметь влияние на свое здоровье, оказались госслужащие: 26,8% в Бишкеке и 33,7% – в Чуйской области.

Самый активный возраст – 25-45 лет (40,4% в Бишкеке и 23,4% в Чуйской области). Люди с высшим образованием в Бишкеке (39,5%) и со специальным средним образованием в Чуйской области (27,3%) выразили желание реализовать свои демократические права. При выборе ГСВ высокий профессиональный уровень был назван одним из самых важных критериев – 63,9% респондентов Бишкека и 72,7% – Чуйской области.

Итоги кампании свободного выбора ГСВ в Бишкеке и Чуйской области в 1999 и 2000 гг.: 87% жителей Чуйской области и 74% жителей Бишкека добровольно пришли на приписные пункты для осуществления своих демокра-

тических прав и активного участия в решении вопросов охраны здоровья [8].

Другим методом повышения активности общества является использование программы малых грантов, направленной на поощрение сотрудничества в секторе здравоохранения. Например, в Узбекистане программа малых грантов была разработана для того, чтобы связать учреждения первичной помощи с махаллой (форма организации социальной помощи в Узбекистане, существовавшая еще в доперестроечное время). Программа малых грантов помогает понять, каким образом учреждения первичной помощи и сообщества могут работать вместе для решения проблем здравоохранения. В Узбекистане большинство малых грантов было выделено по совместному проекту сельских врачебных амбулаторий (СВА) и местных сообществ на осуществление проектов водоснабжения, т.е. по снабжению кишлаков чистой питьевой водой и проектов по репродуктивному здоровью [9]. В Кыргызстане программа малых грантов способствовала бы обучению врачей и населения в области общественного здравоохранения для дальнейшего усиления деятельности по защите здоровья и профилактике заболеваний, снижению уровня инфекционных заболеваний, в особенности среди бедного населения, проживающего в сельской местности.

Улучшение водоснабжения в сельской местности помогло бы внести вклад в сокращение различий между регионами в уровнях смертности и заболеваемости, связанных с инфекциями и общими заболеваниями вследствие отсутствия гигиены. Так, по данным Национального статистического комитета, около 28% сельского населения не имеют доступа к безопасному и надежному водоснабжению. Даже там, где системы водоснабжения существуют, по оценкам, 70% из них нуждаются в восстановлении или реконструкции. В сельской местности нет доступа к системам канализации, и даже в городской местности, в лучшем случае, сфера их действия охватывает 60 % [1].

Государственная политика в области здравоохранения заложена в государственной программе «Здоровая нация» (1994–2000 гг.), направленной на улучшение состояния здоровья населения и доступность услуг здравоохранения, сокращение неравенства в получении медицинских услуг, гарантию доступности услуг здравоохранения широким слоям населения, а

также повышение ответственности граждан за поддержание собственного здоровья, обеспечение защиты прав пациента [2]. Повышение ответственности граждан за поддержание собственного здоровья и обеспечение защиты прав пациента не обязательно связано с участием в нем государственных органов и представляет собой попытку обеспечить предоставление медицинских услуг с учетом различных аспектов потребностей пациентов. Так, например, в Польше в соответствии с принятым в 1991 г. законом за пациентами закреплено право на получение медицинской помощи такого уровня, который отвечает системе современных медицинских знаний, на получение информации о состоянии своего здоровья, на конфиденциальность и достойное обращение, а также на спокойную смерть. Также пациент имеет право доступа к средствам телефонной связи и на переписку с внешним миром, на получение ухода со стороны членов семьи. Для осуществления этих и других прав была разработана хартия прав пациента. В Соединенном Королевстве хартия прав пациента возведена в ранг закона и используется как инструмент улучшения качества [3]. У нас в стране вместо хартии прав пациента действует соучастие в оплате услуг, что также используется как инструмент повышения качества. Введенная в 2000 г. сооплата в двух пилотных регионах (Чуйская и Иссык-Кульская области) была скорее связана с попыткой стабилизировать неофициальные платежи за медицинские услуги и лекарственные средства. По мере снижения государственного финансирования сектора здравоохранения неуклонно повышались расходы, оплачиваемые самими пациентами как официальные, так и неофициальные, а также платежи за лекарственные средства. Уровень неофициальной оплаты непосредственно из собственного кармана пациентов в 1993 г. составлял 11%. В 1994 г. этот показатель вырос на 25%, а в 1996 г. он достиг 75% [7]. Причем в структуре общих расходов населения доля расходов на оплату медицинских услуг составила в среднем 1,3%, при этом у небедного населения – 1,8%, у крайне бедных – 1%. По данным обследования домашних хозяйств, только 20% населения обращались за услугами здравоохранения [1].

В целях социальной защиты наиболее уязвимых категорий населения, наряду с программой участия граждан в частичном возмещении затрат

на медицинские услуги, была разработана и принята программа государственных гарантий, согласно которой медицинские услуги на уровне групп семейных врачей предоставляются без включения механизма сооплаты. В силу стимулов, направленных на улучшение обслуживания в ГСВ (свободная регистрация и свободный выбор врача, а также создание механизма оплаты по количеству зарегистрировавшихся в ГСВ), есть надежда, что сами группы семейных врачей смогут обеспечить доступ к лучшим учреждениям здравоохранения с хорошо обученными врачами и медицинским персоналом. В свою очередь обеспечение финансовой защиты за счет усовершенствования клинической практики, в частности порядка выписывания лекарств и лечения на уровне ГСВ, сократит частные расходы на ненужные лекарства и случаи направления на другой уровень предоставления медицинской помощи. При этом сооплата на уровне стационара будет служить хорошим инструментом воздействия рынка на спрос и предложение. Сообщество совместно с врачами ГСВ формируют спрос на стационарные услуги не хаотично, а планомерно. Сообщество через дополнительный пакет услуг застрахованным или другие источники финансирования, например, кассы взаимопомощи или малые гранты, могло бы вносить сооплату, причем за особенно неплатежеспособных граждан сообщества. Сооплата должна выступать не только как дополнительный источник финансирования и не столько как фактор сдерживания неофициальных выплат, а также как инструмент усиления роли сообщества для защиты прав и интересов граждан.

Таким образом, первые результаты реформы системы здравоохранения свидетельствуют о начале реализации ее стратегических целей: механизмов обеспечения и укрепления доступности и справедливости в системе предоставления медицинских услуг населению; ликвидация различий в показателях медицинского обслуживания между городом и селом, социальными слоями и уровнем медицинских учреждений; обеспечение методологического и методического подходов к непрерывному улучшению качества медицинской помощи и достижению конечного результата; разработка и внедрение принципов эффективного и рационального использования ресурсов в отрасли.

В то же время дальнейшее развитие здравоохранения ставит новые задачи, успешное вы-

полнение которых требует системного подхода и межсекторального сотрудничества на всех уровнях на основе принципа «курс на жизнь» [10].

Библиографический список

1. Национальная стратегия сокращения бедности на период до 2003 г.
2. Программа «Здоровая Нация» на 1994 – 2000 гг.
3. Салтман Р.Б и Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М., 2000.
4. Saltman R.B. “Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: a conceptual frame-work” //Int/J/Health Serv. – 1994. – Vol.24, # 2. - P. 201 – 229.
5. Arnstein S.R. “ A ladder of citizen participation” //Am.Ins.Planners J. – 1966. –Vol.35, # 4. – P. 216 – 224.
6. Бондарева И.Н. Планирование и формирование бюджета здравоохранения на программной основе/ Материалы Национальной конференции «Управление ресурсами государственного сектора». – 1999.
7. Дорававила В. Состояние здоровья и частные расходы на здоровье в Кыргызской Республике. – Вашингтон: Всемирный банк, 1999.
8. Анализ результатов опроса населения об осведомленности реформирования системы здравоохранения: Отчет маркетинговой группы Министерства здравоохранения. - 1999.
9. Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: Отчет программы здравреформ. - ЮСАИД, 1999.
10. Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке. Стратегия достижения здоровья для населения Кыргызской Республики. - 2001.



0,4 печ.
листа