ЗдравПлюс/ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY
HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

ПРОГРАММНИЙ ДОКУМЕНТ:

Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов

Program Document:
Conceptual Foundations for Central Asia Republics
Health Reform Model

Авторы:
Майкл Боровиц
Шила О'Доэрти
Шерил Викам
Грейс Хафнер
Юлиан Симиджийски
Кэри Энн ВанДевелде
Марк МакЮэн

Сентябрь 1999г.
Алматы, Казахстан

FUNDED BY:
THE U.S. AGENCY FOR
INTERNATIONAL DEVELOPMENT

IMPLEMENTED BY:
ABT ASSOCIATES INC.
CONTRACT NO. 115-C-00-00-00011-00

DOC NO: CAR_PD_1(R)

ПРОГРАММНИЙ ДОКУМЕНТ:

Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов

Авторы:
Майкл Боровиц
Шила О'Доэрти
Шерил Викам
Грейс Хафнер
Юлиан Симиджийски
Кэри Энн ВанДевелде
Марк МакЮэн

Сентябрь 1999г.
Алматы, Казахстан

DOC NO: CAR_PD_1(R)

Содержание

Тезисы 1
Модель реформы здравоохранения стран Центральной Азии: резюме 2
Советская система здравоохранения – историческая справка 6
Система оказания медицинской помощи: реструктуризация ПМСП 10
Развитие клинической практики в условиях ПМСП 13
Инфекционные заболевания в странах Центральной Азии 17
Интегрирование лабораторных услуг в ПМСП 21
Фармацевтический сектор: оценка ситуации и следующие шаги 26
Подтвержденная практикой медицина в пост-советских системах здравоохранения 32
Участие населения и сообщества в реформе здравоохранения 35
Институциональная структура и функции сектора здравоохранения 39
Финансирование здравоохранения 42
Аккумулирование ресурсов здравоохранения 46
Медицинское страхование 49
Системы подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи 53
Рационализация структуры стационарного сектора и его финансирования 57
Улучшение качества медицинской помощи в системах здравоохранения пост-советского периода 61
Приватизация и реформа здравоохранения 64
Медико-информационные системы управления 67
Мониторинг и оценка реформ здравоохранения 70

Тезисы

После развала Советского Союза, система здравоохранения стран Центральной Азии характеризовалась дисбалансом между первичной и стационарной помощью, ограниченным правом выбора у населения, недостаточными финансовыми средствами и ресурсами и их неэффективным использованием, а также нерезультативным руководством. С 1994г., Проект ЗдравРеформ осуществляет деятельность, направленную на устранение неэффективности в системе здравоохранения и обеспечение новыми стимулами. Модель реформирования здравоохранения Центральной Азии имеет четыре основных элемента: 1) реструктуризация и укрепление системы оказания первичной медико-санитарной помощи; 2) вовлечение населения 3) финансирование здравоохранения и системы финансирования поставщиков медицинской помощи; и 4) информационные системы управления. Этот документ содержит серию конструктивных документов по каждому из перечисленных элементов. Вместе эти документы составляют концептуальную основу для развития модели реформы здравоохранения Центральной Азии.

Модель реформы здравоохранения стран Центральной Азии: резюме

В первом разделе сборника представлен краткий обзор основных концептуальных документов, которые вкупе дают характеристику развития модели реформы здравоохранения в странах Центральной Азии. Эта модель реформы здравоохранения включает четыре основных компонента: 1) реструктуризация системы обеспечения медицинской помощи и развитие первичной медико-санитарной помощи; 2) участие населения в решении вопросов здравоохранения; 3) финансирование здравоохранения и системы оплаты поставщиков медицинских услуг; и 4) информационные системы управления. Политическая и юридическая базы проводимых реформ являются отдельными элементами данных компонентов. Один из документов, подготовленных сотрудниками Программы ЗдравРеформ, посвящен анализу правового и юридического контекста реформы здравоохранения.

Развитие модели реформы здравоохранения является процессом, требующим постановки основных задач сектора здравоохранения, определения путей решения обозначенных проблем и разработки модели, позволяющей комплексно и последовательно осуществлять принятые решения. Далее отдельно представлены каждый из основных четырех компонентов модели реформы здравоохранения. Соответствующие разделы включают краткую характеристику компонента и библиографию по соответствующей теме.

A. Реструктуризация системы обеспечения медицинской помощи и развитие ПМСП

Диспропорция между стационарным сектором и первичной медико-санитарной помощью является одним из основных недостатков системы здравоохранения в целом. Стационары потребляют более 70% всего бюджета здравоохранения. Систему здравоохранения, унаследованную от бывшего Советского Союза, можно представить в виде пирамиды. В вершине пирамиды находится непомерно развитый стационарный сектор в то время, как ПМСП, которая должна находится в основе пирамиды, недостаточно развита, плохо финансируется и далеко не в полной мере используется. Решение этой проблемы требует полной реструктуризации и развития сектора ПМСП путем создания новых подразделений ПМСП—семейных врачебных практик.

Развитию сектора ПМСП мешают препятствия, относящиеся непосредственно к клинической деятельности. Исторически ПМСП не имела соответствующей клинической базы и, кроме того, сама система стимулировала направления пациентов от участковых врачей в специализированную помощь. Обучение и подготовка врачей первичной помощи не соответствует западным стандартам в результате чего состояния и заболевания, которые должны эффективно лечится на уровне ПМСП, передаются в стационары и поликлиники. Разрешение этих проблем требует введения общей или семейной практики и совершенствования профессиональных знаний и навыков. Такие клинические вопросы, как репродуктивное здоровье и инфекционные заболевания должны быть интегрированы в первичную помощь (см. два документа ЗдравРеформ по данному вопросу). Кроме того в советской системе здравоохранения были созданы обширные вертикальные программы, например, по туберкулезу, болезням, передающимся половым путем, онко- и психиатрическим заболеваниям, которые также должны быть интегрированы в первичную помощь.

Различные аспекты вопросов реструктуризации системы обеспечения медицинской помощи и развития ПМСП освещаются в семи главах данного сборника. Помимо этого в данный раздел включены еще два документа, освещающие более широкие клинические вопросы. Далее представляются указанные семь глав:

1. Структура системы обеспечения медицинской помощи – историческая справка

2. Система обеспечения медицинской помощи – реструктуризация ПМСП
3. Развитие клинической практики в условиях ПМСП
4. Вопрос инфекционных заболеваний в странах Центральной Азии
5. Интегрирование лабораторных услуг в первичную помощь
6. Фармацевтический сектор: оценка деятельности и следующие шаги
7. Подтвержденная практикой медицина в системах здравоохранения пост-советского периода

B. Роль населения

В условиях советской системы здравоохранения роль населения в решении проблем здравоохранения была минимальной. Население не могло самостоятельно выбирать врача первичной помощи, а врачи первичной помощи не обеспечивали пациентов необходимой информацией. Системы оплаты поставщиков медицинских услуг были нацелены на финансирование не медицинских услуг, предоставляемых населению, а инфраструктуры сектора здравоохранения. И поскольку все оплачивалось из государственного бюджета, население не чувствовало ответственности за сохранение собственного здоровья.

Необходимость более широкого вовлечения населения в решение вопросов, касающихся здоровья, обусловлено четырьмя основными причинами: 1) Введение свободного выбора врача первичной помощи пациентом тесно связано с реорганизацией системы ПМСП; 2) Хорошо информированный потребитель медицинских услуг становится активным участником системы, способствующим повышению отчетности поставщика медицинских услуг перед потребителем, и таким образом вносит свой вклад в улучшение качества медицинской помощи и повышение ее экономической эффективности; 3) Повышение полномочий в принятии решений по вопросам здравоохранения активизирует участие населения в других социальных сферах; и 4) Население должно принять на себя больше ответственности за собственное здоровье, активно участвуя в формировании здорового образа жизни.

Решение этих вопросов требует четкого определения как прав, так и обязанностей населения. Население должно получить право свободного выбора семейной врачебной практики через участие в кампаниях прикрепления населения к семейным практикам (СВА), право на получение информации о состоянии своего здоровья и право на участие в различных программах медицинского страхования. Обязанности населения тоже должны соответственно измениться с учетом осведомленности населения о своем здоровье и его участия в программах по формированию здорового образа жизни.

Все вопросы по роли населения освещаются в главе *Роль населения и сообщества в реформах здравоохранения* данного сборника. В этой же главе дается характеристика неправительственных организаций (НПО) и их роль в осуществлении реформ здравоохранения и развитии гражданского общества. Кроме того, вопросы формирования здорового образа жизни освещаются в ряде других работ, подготовленных Программой ЗдравРеформ.

C. Финансирование здравоохранения и системы оплаты поставщиков медицинских услуг

Унаследованная с советских времен система здравоохранения и сложный переход к рыночной экономике имели серьезные последствия для сектора здравоохранения стран Центральной Азии. Катастрофически сократились ресурсы здравоохранения - процент отчислений от ВВП в сектор здравоохранения снизился примерно от 6 до 3 процентов. Кроме того, объем ВВП снизился на

50%, что в результате привело к значительному сокращению реальных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения.

Сокращающаяся ресурсная база сектора здравоохранения не в состоянии устойчиво поддерживать имеющуюся инфраструктуру обеспечения помощи. Чрезмерно специализированная система оказания медицинской помощи обременена излишними производственными мощностями, огромными зданиями и сооружениями, ведущими к высоким постоянным затратам. Поскольку исторически лечебные учреждениями финансировались по мощностным показателям и уровню потребления ресурсов, сама система стимулировала поставщиков медицинских услуг к поддержанию огромных неэффективно используемых физических структур и "раздутых" штатов.

Распределение финансовых ресурсов в секторе здравоохранения стран Центральной Азии осуществлялось по традиционной советской схеме, а именно по статьям бюджета, где распределение ресурсов основывалось на мощностных показателях, таких, как количество больничных коек, а не на объеме и качестве предоставленных услуг. Выделенные бюджеты гарантировались государством, что исключало конкурентную борьбу поставщиков медицинских услуг за привлечение большего количества пациентов и обеспечение более низкозатратных медицинских услуг лучшего качества. Бюджеты распределялись по статьям бюджета согласно установленным нормативам. Поскольку выделенные бюджеты должны были использоваться строго по статьям бюджета, поставщики медицинских услуг не могли использовать имеющиеся ресурсы наиболее затрато-эффективным способом.

Методы оплаты поставщиков медицинских услуг необходимо изменить таким образом, чтобы изменить основные стимулы, ввести конкуренцию, стимулировать повышение экономической эффективности и предоставить больше свободы лечебным учреждениям в распоряжении имеющимися ресурсами.

Поскольку реформы в сфере финансирования и методов оплаты поставщиков медицинских услуг требуют многочисленных изменений в институциональной структуре и движении финансовых потоков в секторе здравоохранения, восемь глав данного сборника отведены на эту тему:

1. Институциональная структура и функции сектора здравоохранения
2. Финансирование системы здравоохранения
3. Аккумулирование финансовых ресурсов здравоохранения
4. Медицинское страхование
5. Системы подушевого финансирования для сектора ПМСП
6. Структура стационарного сектора, рационализация и система оплаты
7. Система улучшения качества медицинской помощи в системах здравоохранения пост-советского периода
8. Вопросы приватизации в реформе здравоохранения

D. Информационные системы управления

В бывшем Советском Союзе Минздрав собирал огромный объем информации по бюджету сектора здравоохранения, потреблению услуг и показателям здоровья населения. Структура данных, однако, не способствовала проведению анализа, было очень трудно увязать затраты здравоохранения с использованием услуг или результатами деятельности.

Для выживания в условиях переходного периода к рыночной экономике и стационарный, и амбулаторный секторы здравоохранения должны в большей степени проявлять предпринимательские черты деятельности. Стационары должны понимать вопросы формирования затрат по оказанию помощи и разрабатывать соответствующие планы по их снижению, увеличению дохода и производства оптимального пакета услуг. Учреждения ПМСП должны думать не только о здоровье своих пациентов, но и состоянии своих учреждений, они должны уметь продвигать свои услуги на рынке потребителей и покупателей медицинской помощи.

На уровне организации-покупателя медицинских услуг необходимы информационные системы управления, поддерживающие разработку, внедрение и оценку новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг и систем обеспечения качества медицинской помощи. На уровне поставщика медицинских услуг новые информационные системы управления необходимы как инструмент, позволяющий менеджерам лечебных учреждений адаптироваться к новым условиям среды, лучше управлять и лучше распределять имеющиеся ресурсы. Необходимо внедрить и новые методы управления, и новые профессии, ка. например, менеджеры практик для учреждений ПМСП.

Большая часть вопросов в области информационных систем управления носит операционный характер и поэтому не включена в данный сборник работ концептуального плана. Тем не менее вопрос информационных систем управления освещен в двух главах сборника:

1. Информационные системы управления здравоохранением

2. Мониторинг и оценка реформ здравоохранения

Советская система здравоохранения – историческая справка

A. Обзор национальной системы

Системы здравоохранения в Центрально-азиатском регионе (ЦАР) основываются на советской системе, чаще известной как **модель Семашко**. Эти системы финансировались государством за счет общего налогообложения и находились в собственности государства примерно так же, как и в случае с Британской национальной службой здравоохранения. Разделения между покупателем и поставщиком медицинских услуг и всеми ЛПУ, находящимися в собственности и управлении государства, не было, и все медицинские работники являлись государственными служащими. Внедрение системы страхования здравоохранения привело к некоторым изменениям в системе финансирования, но основа осталась прежней – модель Семашко.

Национальное Министерство здравоохранения имеет подразделения в каждой области (районе). Областное министерство подотчетно национальному министерству и областной администрации через заместителя начальника по социальной сфере. Из-за большей децентрализации финансирования после обретения независимости областные исполнительные власти обладают большим контролем над сектором здравоохранения, чем Министерство.

Общественная функция здравоохранения осуществляется через вертикальную структуру в рамках Министерства здравоохранения, известную как Санитарно-эпидемиологическая служба (СЭС). СЭС все еще сохраняет больше централизованного контроля, чем другие подразделения министерства и имеет свои филиалы в областях, городах и районах. СЭС является организацией, отвечающей за контроль над инфекционными заболеваниями, материально-техническое обеспечение иммунизации, бактериологических лабораторий, безопасность продуктов питания и инспекцию деятельности, связанной с вопросами питания. СЭС не выполняет функций по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний или хронических заболеваний.

Медицинское образование осуществляется **медицинскими институтами**, которые подотчетны как Министерству здравоохранения, так и Министерству образования. Институты не располагают собственными больницами и поликлиниками, но находятся в зависимости от ЛПУ в тех городах, где они находятся, в вопросах предоставления мест прохождения клинического обучения.

На национальном уровне существует значительное **количество республиканских исследовательских институто**в, которые ведут исследования, и предоставляют клинические услуги через собственные стационары, которые служат республиканскими центрами медицинской помощи. Эти институты получают самое лучшее финансирование из государственного бюджета. Со снижением финансирования уровень исследований снизился, и пациенты уже не могут приезжать в эти институты из районов, таким образом республиканские больницы в целом выполняют сейчас функции специализированных городских больниц.

B. Структура системы оказания медицинской помощи в областях

Далее следует типичный пример областной системы здравоохранения, где областной центр располагается в самом крупном городе, и имеется ряд других городов и многочисленных районов. В городах и районах существуют различные типы организации медицинской помощи.

1. Городская стационарная помощь

В крупном городе имеются многочисленные специализированные больницы. В основном, стационарная служба состоит из основных трех типов: взрослые больницы, детские и родильные

дома. Областной центр располагает по меньшей мере по одному стационару каждого типа, и этот стационар служит центром направлений населения всей области, но на самом деле, в основном он функционирует в качестве городской больницы. Такая структура далее дублируется в каждом городе. Таким образом, в городе имеется минимум шесть главных больниц, обычно же их гораздо больше. Есть также несколько более специализированных больниц, например, специальная больница скорой помощи, офтальмологии и иногда кардиологические и эндокринологические больницы.

Кроме этого, имеются раздельные административные структуры для особых заболеваний – **диспансеры**, которые являются частью национальной вертикальной системы оказания медицинской помощи, они напоминают СЭС и подотчетны республиканским диспансерам. Диспансеры бывают четырех типов:

1. Противотуберкулезные
2. Кожно-венерологические
3. Психиатрические и наркологические
4. Онкологические

Диспансеры имеют больницы и амбулаторное отделение, и пациенты проходят лечение только в этих специализированных больницах, переходя далее под наблюдение амбулаторного отделения. В областном центре есть по меньшей мере по одному диспансеру каждого типа. В более крупных городах имеются городские диспансеры; изредка несколько диспансеров располагается в районах, обслуживающих несколько населенных пунктов.

2. ПМСП в городе

ПМСП в городе оказывается раздельно взрослыми и детскими **поликлиниками** по специальным географическим районам, известными как участки обслуживания. Пациенты, проживающие на этом участке, прикреплены к поликлинике и не имеют права выбора другой поликлиники. В поликлинике работает группа врачей ПМСП, которые прикреплены к данному географическому району. Эти участковые врачи составляют небольшой процент от общего числа врачей в поликлинике, так как в этой же поликлинике работает множество амбулаторных узких специалистов (обычно от 10 до 20) в различных областях медицины: кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, неврологи, ЛОР-врачи, офтальмологи и т.д. Кроме этого, в поликлинике оказываются лабораторные услуги, рентген и диагностическое обследование (например, ЭКГ). Наконец, здесь есть отделение физиотерапии – уникальная форма советской медицины, - которая включает в себя электрическую и магнитную терапию для лечения широкого круга заболеваний. Дополнительно к двум основным поликлиникам существуют женские консультации, которые обычно являются амбулаторным звеном родильных домов. Женские консультации – это специальные поликлиники для женщин, оказывающие гинекологическую, пренатальную и послеродовую помощь.

Первое обращение в ПМСП осуществляется через широкую сеть медицинских учреждений, включая взрослые и детские поликлиники, женские консультации и амбулаторные отделения диспансеров по особым заболеваниям.

Кроме того, существует серия специализированных поликлиник для амбулаторных направлений. Во многих крупных городах располагаются **диагностические центры**. Это отдельно стоящие учреждения, которые располагают полным штатом специалистов и предоставляют широкий круг диагностических исследований начиная от ультразвука и кончая компьютерной томографией. Областные больницы также часто располагают поликлиническими отделениями, которые служат центрами направления больных.

3. Сельское здравоохранение

Сельское здравоохранение формируется вокруг **Центральных районных больниц (ЦРБ)**. Эти больницы обычно состоят из отделений, включая педиатрическое, взрослое, родильное, инфекционное и т.д. Кроме того, при них имеются поликлиники со структурой, схожей с городскими поликлиниками, но без разделения на взрослые и детские. Поликлиники обслуживают сельских жителей, а также служат центрами направлений из ЛПУ более низкого уровня.

Следующим уровнем являются небольшие сельские больницы - **СУБы**. Это маленькие больницы, обычно с 20-60 койками, почти не располагающие оборудованием, даже рентгеном. При них также имеется поликлиника, которая обслуживает население той географической территории, где она располагается.

Первичная помощь оказывается сельскими амбулаториями – **СВА**. В целом они охватывают 1500-6000 человек. Предполагается, что в них работает терапевт, педиатр, акушерка и часто дантист. В связи с низким уровнем финансирования эти ЛПУ часто не полностью укомплектованы штатом, и часто здесь работает только один врач.

Самым низким уровнем оказания медицинской помощи являются фельдшерские пункты – **ФАПы**. Фельдшер – это помощник врача, проживающий по месту того же участка обслуживания, имеющий минимальный набор оборудования и минимальную медицинскую подготовку. Фельдшеры являются лицами, ответственными за пропаганду и образование населения по сохранению и укреплению здоровья и оказывают очень простую медицинскую помощь

C. Основные выводы

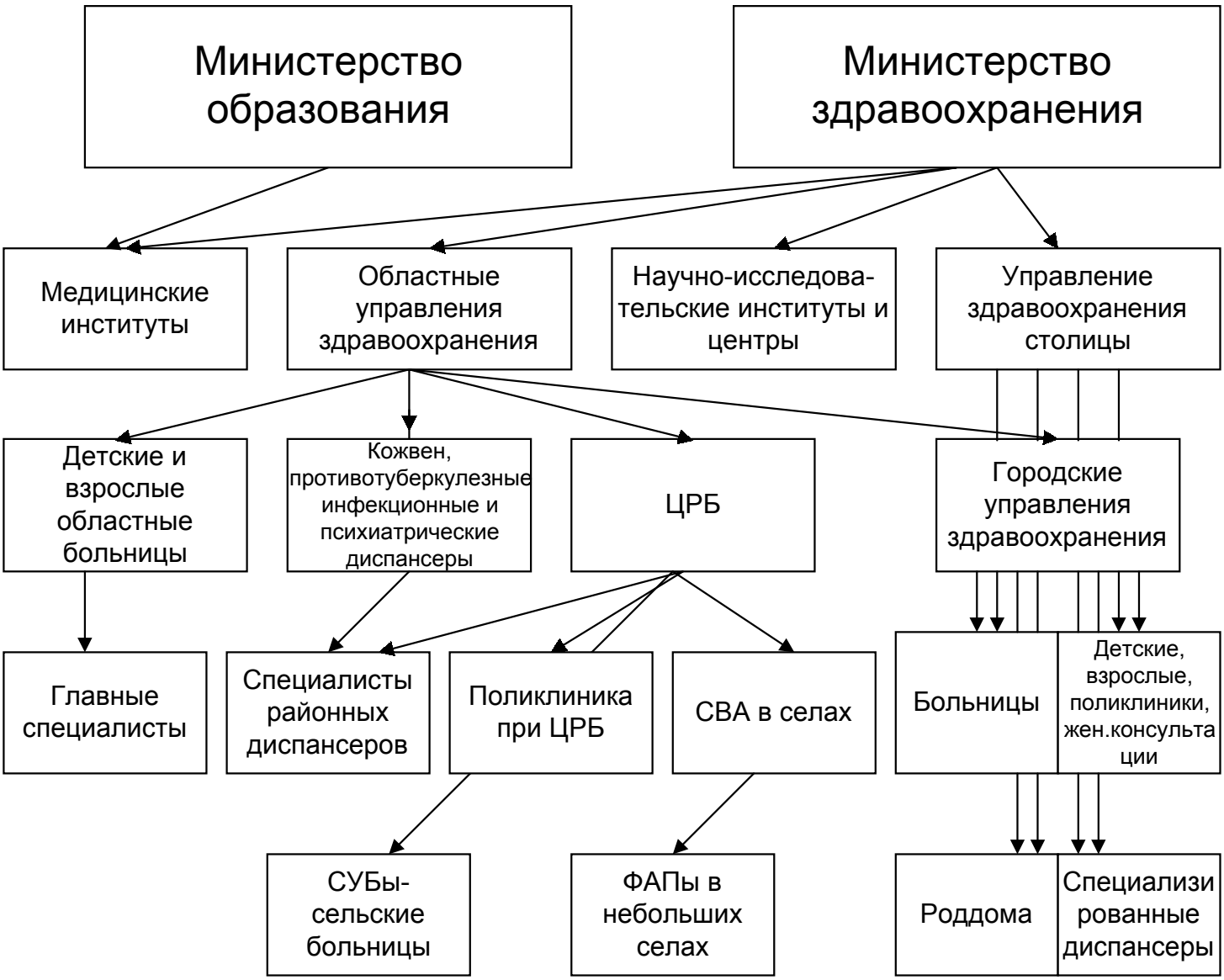
1. Вследствие сверхспециализации существует обширная сеть больниц. В любом областном центре часто более 20 больниц, каждая из которых выполняет свои особые функции. Практики функционирования больниц общего профиля нет, кроме как в сельской местности, что делает затруднительным сокращение стационарного сектора, так как это требует объединения специализированных ЛПУ в больницы общего профиля.

2. Система ПМСП в городе разбита на специализированные ЛПУ, что затрудняет рационализацию, так как это требует их объединения для создания интегрированной системы ПМСП, которая сможет предоставлять полный круг услуг.

3. Структура сельской системы здравоохранения намного менее специализирована и нуждается в структурной реформе в меньшей степени. Принципиальной проблемой здесь является недостаточно развитый уровень ПМСП и преимущественное финансирование стационаров.

4. Советская практика состояла в создании специализированного ЛПУ для решения любой проблемы. Одним из последних примеров является строительство центров СПИДа отдельно от кожно-венерологического диспансера (ответственного за болезни, передающиеся половым путем). Эта практика создания специализированных центров экономически нежизнеспособна и необходимо незамедлительно начать объединение ЛПУ из-за высоких постоянных затрат, связанных с содержанием отдельных медицинских учреждений.

Структура советской системы здравоохранения



Система оказания медицинской помощи: реструктуризация ПМСП

В советской системе здравоохранения доступ к ПМСП теоретически был первоочередным приоритетом, в результате чего в настоящее время существует широкая сеть поставщиков первичной помощи в странах Центральной Азии, которая охватывает все население, даже в наиболее отдаленных сельских районах. Однако, со временем клинические мощности и всеобъемлющая роль ПМСП в системе здравоохранения снизились, потому что на самом деле поставщикам первичной помощи не оказывалось преимущества в системе здравоохранения, и фактически любыми путями они ставились в зависимость от узких специалистов. Сама конструкция и структура оказания медицинской помощи, централизованно регулируемая клиническими протоколами, методами финансирования и прохождением финансовых потоков через эту систему - все работало на узких специалистов и лишь фрагментарно – на ПМСП.

Реструктуризация системы оказания ПМСП считается основным компонентом любой попытки проведения реформы здравоохранения, нацеленной на улучшение состояния здоровья населения путем укрепления первичного звена. Реструктуризация ПМСП также создает условия, необходимые для решения других вопросов реформирования здравоохранения, например, введение многих новых клинических протоколов, внедрение новых методов оплаты поставщика медицинских услуг и повышение степени вовлечения населения в решение вопросов здравоохранения и выбор им лечащего врача.

Система ПМСП строилась и управлялась таким образом, чтобы удерживать поставщиков медицинских услуг от проявления широкого интереса к здоровью своих пациентов и превращения их в настоящих семейных врачей, что лишало их четко определенного места в системе здравоохранения. В городах первичная медико-санитарная помощь оказывалась участковыми врачами, располагающимися в поликлиниках, где работало также множество узких специалистов, на деятельность которых направлялись основные ресурсы поликлиники. Существовали отдельные поликлиники для взрослых, детей и репродуктивные медицинские службы. Участки обслуживания этих трех поликлиник не всегда пересекались, и одна семья была вынуждена получать первичную помощь от поликлиник, расположенных в разных местах. В сельской местности система ПМСП состояла из СВА и ФАПов, которые, несмотря на то, что располагались не в одном месте, управлялись и находились под клиническим контролем ЦРБ. Штат СВА обычно состоял из одного врача, акушерки, медсестер и немедицинского персонала. В ФАПах работали фельдшеры и иногда акушерки. Все городские и сельские участковые врачи прошли обучение по специальностям либо терапевтов, педиатров либо гинекологов.

Главные врачи поликлиник и ЦРБ контролировали ресурсы и принимали все управленческие решения по ПМСП. Поставщики первичной помощи просто получали зарплату и не располагали никакими ресурсами. В сущности они не имели права голоса в решении кадровых вопросов, установлении приоритетов в оказании помощи или изменении клинических протоколов. Поэтому реструктуризация системы оказания ПМСП рассматривалась местными политиками в области здравоохранения и такими международными донорскими организациями как ЮСАИД, Всемирный Банк и ВОЗ, в качестве главного шага на пути перенаправления ресурсов в первичное звено и предоставления поставщикам ПМСП права большего участия в решениях по использованию ресурсов.

Усилия по реструктуризации системы ПМСП в странах Центральной Азии сконцентрированы на создании сети групп семейных врачей (ГСВ), физически, финансово и административно независимых от ЛПУ более высокого уровня. Конечной целью этих усилий является расширение управленческой автономии и внутреннего контроля поставщиков ПМСП над своими ресурсами

для того, чтобы лучшего приспособить их к нуждам населения. В различных регионах Центральной Азии, где проводятся реформы, следуют различным подходам к достижению финансовой и управленческой независимости.

В городе первый шаг в реструктуризации первичной помощи часто состоит в реорганизации поликлиник и женских консультаций в смешенные поликлиники, которые обслуживают как взрослых так и детей, а также женщин. Следующий шаг на пути становления управленческой и финансовой независимости поставщиков ПМСП обычно означает их физическое отделение от поликлиники. Жесткий административный контроль главных врачей поликлиник над участковыми врачами и трудности, связанные с отделением ресурсов ПМСП от ресурсов, направляемых узким специалистам, делают попытки создания независимых ГСВ в рамках поликлиник в основном неэффективными. Дополнительно к этому, среди врачей первичного звена существует сильный стимул и традиция адресовать большинство случаев узким специалистом в поликлиники, и сами пациенты настроены на это. Поэтому довольно трудно придать поставщикам ПМСП независимую клиническую роль, так как они располагаются в одном месте со множеством узких специалистов.

Создание городских ГСВ включает в себя «перекрой» существующих участков и размещение ГСВ по всему городу. Они должны располагаться в тех местах, которые отвечали лицензионным требованиям Управления здравоохранения, стандартам СЭС и были удобны для населения. Также предпринимается попытка изменить архитектурный дизайн и физический план расположения ГСВ для организации пространства таким образом, чтобы способствовать управлению потоком пациентов и обеспечить конфиденциальность.

Городские ГСВ укомплектованы терапевтами, педиатрами, гинекологами, медсестрами и менеджерами. Группа специалистов первичного звена проходит обучение с применением дидактической методологии и практической работы; они также обучают друг друга, чтобы со временем стать врачами общей практики или семейными врачами. Менеджер ГСВ – это новая специальность, введенная для оказания помощи ГСВ, которые должны начать работать скорее как коммерческие организации и освободить главных врачей от обременительной административной работы для того, чтобы они могли больше времени уделять клинической практике. ГСВ зарегистрированы в качестве юридических лиц, и поэтому закон разрешает им открывать собственные банковские счета, позволяющие им получать финансирование напрямую, а не через поликлиники и стационары.

На селе, при существующей системе оказания медицинской помощи, поставщики медицинских услуг физически уже отделены от больниц и стационаров. Дополнительно к этому, система ПМСП в сельской местности не настолько раздроблена на части как в городе, так как все население обслуживается только одним учреждением ПМСП. Поэтому в большинстве регионов, за исключением Узбекистана, где было построено несколько новых ЛПУ, существующая структура ПМСП просто административно и финансово реорганизована. Для формирования сельских ГСВ СВА и ФАПы обычно объединяются в СВА/ФАП комплексы, обслуживающие один участок и располагающие единым бюджетом. В сельских ГСВ работают врачи (хотя состав терапевтов, педиатров и гинекологов обычно неполный) и менеджер, который может работать еще в одном или нескольких ГСВ. Как и в городе, сельские ГСВ зарегистрированы в качестве юридических лиц, чтобы иметь собственный банковский счет.

Вновь сформированные ГСВ обычно остаются государственными учреждениями, хотя в одном месте – г. Жезказгане в Казахстане – сеть ГСВ подверглась процессу приватизации, который продолжался два года, и в настоящее время все практики являются собственностью семейных врачей, которые управляют ими. Финансирование этих частных ГСВ идет все еще из общественных средств и в соответствии с контрактами, заключенными ими с правительственными финансирующими органами; они оказывают населению все услуги ПМСП бесплатно.

Реструктуризация ПМСП, особенно в сельской местности, является одним из наименее ресурсо-затратных этапов процесса реформирования, и поэтому часто он выполняется довольно быстро. В ходе реструктуризации ПМСП проблема в основном состоит в сопротивлении процессу главных врачей больниц и поликлиник, которые, таким образом, теряют контроль над частью своих ресурсов и часто настроены довольно скептически к способности поставщиков ПМСП выполнять возлагаемые на них обязательства.

Однако, для того, чтобы перевод ресурсов и оказание услуг на первичном звене были результативными, необходимо, чтобы вслед за реструктуризацией следовал более трудный и ресурсо-затратный этап развития клинической практики. Развитие клинической практики должно охватывать клиническое обучение, обеспечение лекарственными средствами, расходными материалами и оборудованием, интеграцию вертикальных программ в объем услуг на уровне ПМСП. Развитие клинической практики может финансироваться за счет ресурсов, высвобожденных в результате рационализации других сфер системы здравоохранения. Рационализация всей системы представляет собой медленный и трудный с политической точки зрения процесс. Однако, вскоре этот процесс перестанет предоставлять значительные ресурсы для обеспечения соответствующего развития клинической практики на уровне ПМСП. Поэтому в Кыргызстане, Узбекистане и Казахстане ЮСАИД и Всемирный банк вместе работают по поддержке правительств этих стран, оказывая им техническое и материальное содействие, обеспечивая беспрерывный процесс реструктуризации первичного звена с достижением им административной и финансовой независимости.

Однако, длительный промежуток между процессом реструктуризации системы оказания ПМСП и развитием клинической практики является серьезной проблемой их реализации. Приостановка физической, административной и финансовой перестройки, даже временная, но слишком продолжительная, делает поставщиков ПМСП легкоуязвимыми, так как доля их ответственности растет без поддержки мощностей. Дополнительно к этому, население, чье доверие к первичному звену медицинской помощи уже подорвано, не будет расположено обращаться к нему чаще, чем прежде до тех пор, пока не убедится в том, что этот сектор сможет предложить нечто большее.

Следующим этапом реформирования здравоохранения в Центральной Азии должно стать расширение процесса перестройки системы оказания ПМСП, что с большим энтузиазмом воспринимается поставщиками первичной помощи и отводит им новую роль в системе здравоохранения. Могут быть испробованы новые модели оказания медицинских услуг в городе и сельской местности, которые предоставляют новые альтернативные возможности в достижении ЛПУ большей независимости и повышают роль первичного звена в системе. Самым важным моментом является то, что следующий этап реформ должен гарантировать предоставление соответствующих условий развитию клинической практики на уровне ПМСП, а начало реализации этого процесса должно быть тщательно скоординировано с временем проведения физической, административной и финансовой реструктуризации.

Развитие клинической практики в условиях ПМСП

Объем медицинских услуг, предоставляемых первичной медико-санитарной помощью (ПМСП) играет важную роль в процессе осуществления реформ здравоохранения. Эта та точка, где пересекаются вопросы систем финансирования и обеспечения медицинской помощи. Главной задачей реформ является оптимизация системы медицинской помощи в условиях недостаточного финансирования сектора путем перемещения ресурсов из низко производительного стационарного сектора в затрато-эффективную первичную помощь. Это, в свою очередь, обусловливает необходимость рационализации обширной сети стационаров, поглощающих более 70 процентов всех ресурсов здравоохранения, с перемещением высвободившихся ресурсов в сектор первичной помощи.

Клинические возможности первичной помощи систем здравоохранения пост-советского периода крайне ограничены. Кроме иммунизации почти все остальные случаи оказания клинической помощи перенаправляются в специализированную помощь и, чаще всего, в стационарную. Например, больные с жалобами на сердце как, например, случаи стенокардии, застойной сердечной недостаточности и пр., направляются к кардиологу. Случаи инфекций уха у детей тоже направляются к узкому специалисту по причине отсутствия у врача первичной помощи таких основных инструментов как отоскоп и невозможности постановки диагноза. По сути врач первичной помощи, на уровне которого происходит первый контакт с больным, служит своего рода диспетчером, направляющим пациентов к узким специалистам.

Низкий уровень клинической активности в условиях первичной помощи объясняется рядом факторов. Во-первых, исторически уровень финансирования первичной помощи был очень низким, что в настоящий момент усугубляется сокращением общего финансирования, выделяемого на здравоохранение. Фактически это привело к тому, что первичная помощь почти не имеет необходимого оборудования, что ограничивает ее диагностические и клинические возможности. Во-вторых, первичная помощь была наименее престижной сферой медицинской профессиональной деятельности, где работали наименее подготовленные врачи. Система повышения квалификации врачей первичной помощи распалась, что привело к понижению уровня клинических знаний и умений врачей первичной помощи. В третьих, отсутствовали стимулы к увеличению объема и типов услуг, обеспечиваемых на уровне первичной помощи.

Что касается поликлинической помощи, то сама структура стимулировала направления к узким специалистам. Учитывая сложившуюся систему наказаний за возможные ошибки, врачи в большинстве случаев предпочитали перенаправлять больного к узкому специалисту. Все эти факторы вместе взятые—недостаточное финансирование, отсутствие стимулов, ограниченные профессиональные возможности,-- привели к тому, что первичная помощь стала самым слабым звеном советской системы здравоохранения.

Для реформирования системы ПМСП необходимо выработать интегрированную стратегию, учитывающую все факторы, от которых зависит эффективность первичной помощи. Необходимо повысить уровень клинических знаний и умений врачей первичной помощи, что расширит их клинические возможности. Необходимо оснастить первичную помощь необходимым оборудованием для обеспечения более широкого спектра клинических услуг. Более того, с ростом мощностей ПМСП и увеличением типов и объема услуг, предоставляемых в условиях первичной помощи, нужно будет увеличивать и объем ресурсов, направляемых в первичное звено. Врачи должны тесно работать со своим населением, обращая основное внимание на профилактические мероприятия и вопросы формирования здорового образа жизни.

Формирование семейных врачебных амбулаторий (СВА) является ключевым институциональным изменением в системе здравоохранения, которое необходимо для успешного реформирования систем финансирования и обеспечения медицинской помощи. СВА объединяют в себе три основные медицинские специальности: терапевтов, педиатров и гинекологов. Они представляют

собой интегрированные подразделения медицинской помощи, способные развивать свои клинические возможности с целью расширения объема и спектра предоставляемых услуг. С финансовой точки зрения СВА становятся самостоятельными хозяйствующими единицами в системе первичной помощи, получающими подушевое финансирование. Подушевое финансирование обеспечивает прозрачность финансовой системы и увязывает бюджеты лечебных организаций с объемом и типами предоставляемых ими медицинских услуг. Норматив подушевого финансирования может увеличиваться по мере роста клинических мощностей и типов и объема услуг, предоставляемых СВА.

Вопрос состоит в том, как обеспечить развитие первичной помощи и начать перемещение ресурсов из стационарного звена в первичную помощь. Для этого необходимо укрепить клинические возможности первичной помощи путем горизонтальной и вертикальной интеграции клинических услуг.

Под горизонтальной интеграцией понимается интеграция различных специализированных вертикальных программ в системе обеспечения медицинской помощи. В краткосрочной перспективе это означает интеграцию трех основных медицинских специальностей в одной организационной единице – подразделении первичной помощи. Дальнейшая интеграция предполагает включение в эти подразделения первичной помощи прочих вертикальных систем, в частности, диспансеры: кожно-венерологические, онкологические и пр.

Вертикальная интеграция предполагает повышение клинических возможностей врачей первичной помощи, что позволит им обеспечивать клинические услуги, предоставляемые в настоящий момент специалистами поликлиник. Поликлиники изначально располагали большим штатом врачей самых разных специальностей. Однако большинство состояний и заболеваний, которые пролечиваются данными специалистами, могут лечить хорошо подготовленные врачи первичной помощи. Например, терапевт должен уметь лечить распространенные заболевания и состояния в области кардиологии, к примеру, гипертензию или застойную сердечную недостаточность.

A. Расширение объема и типов медицинских услуг ПМСП

Для расширения объема и типов медицинских услуг ПМСП необходимо разработать комплексную стратегию. Для этого нужна долгосрочная стратегия общего направления медицинского обучения и реформы системы обеспечения медицинской помощи и краткосрочная стратегия повышения возможностей первичной помощи, позволяющая первичной помощи идти в ногу с финансовыми реформами.

Развитие семейной медицины является главной задачей первичной помощи на долгосрочный период. Почти все страны пост-советского периода разработали стратегию развития практики одного врача, обслуживающего детское и взрослое население, а также оказывающего медицинские услуги женщинам. Одной из движущих сил развития семейной медицины является проблема сельской медицины. Все чаще в сельских регионах учреждения первичной помощи обслуживаются только одним врачом. Это значит, что терапевту в силу необходимости приходится работать в качестве семейного врача и обслуживать также детей и женщин. Это создает прецедент развития кадров семейных врачей. Однако, для развития устойчивой системы семейной медицины нельзя подготавливать семейных врачей только для сельской местности. Врачи вряд ли согласятся выбрать данную специальность, если выбор места работы ограничить исключительно сельскими регионами. Развитие практики семейной медицины с комплексным обслуживанием взрослых, детей и женского населения требует коренных изменений в системе медицинского образования. В настоящий момент имеются отдельные медицинские институты (факультеты) педиатрии, терапии и санитарной гигиены. Главной целью является создание

единой программы додипломного образования, ведущей к подготовке врача одной специальности – семейного врача, иногда называемого врачом общей практики[1].

Возможным вариантом такого обучения является следующий: после завершения общей интернатуры такой врач мог бы приступать к врачебной практике. После интернатуры врач мог бы выбрать программу резидентуры[2], чтобы в дальнейшем стать специалистом семейной медицины. Предположительно программы резидентуры будут разработаны для подготовки стационарных специалистов, например, хирургов и кардиологов, однако предполагаются и новые программы резидентуры для специалистов по семейной медицине. В результате можно было бы создать систему медицинского образования, похожую на систему западных стран, как, например, США или Великобритании.

Первым этапом данного процесса является подготовка преподавателей семейной медицины на базе медицинских институтов, которые будут способствовать развитию семейной медицины. Важно понимать, что поскольку отсутствует система семейной медицины, нет и преподавателей семейной медицины. В рамках некоторых проектов региона началось формирование факультетов семейной медицины при медицинских высших учреждениях, включая институты повышения квалификации врачей, которым оказывает содействие ЮСАИД/Программа ЗдравРеформ в Казахстане и Кыргызстане, а также Партнерство АМСЗ/ ЮСАИД в Кыргызстане и Британский фонд Ноу-Хау в Узбекистане. Всемирный Банк оказывает содействие развитию семейной медицины в высших учебных медицинских учреждениях Узбекистана, Казахстана и Кыргызстана.

Развитие семейной медицины через высшие учебные медицинские учреждения является длительным процессом. В лучшем случае первый выпуск врачей общей практики из высших учебных медицинских учреждений произойдет только через пять лет и сюда не входит программа резидентуры. Поэтому изменения в системе высшего медицинского образования должны сопровождаться широкой программой переподготовки существующих врачей, что будет служить подспорьем проводимым реформам здравоохранения.

С точки зрения реформ ПМСП наиболее важным вопросом является не то, можно ли переобучить ныне работающих врачей работать в качестве семейных врачей, а то, можно ли расширить объем и типы медицинских услуг. предоставляемых в условиях первичной помощи. Создание СВА является одним из методов практического введения семейной медицины без переподготовки всех врачей в семейных. СВА объединяют в себе три основные специальности и по этой причине уже могут обеспечить весь необходимый спектр услуг, охватывающий все ключевые элементы первичной помощи. Хотя вопрос переподготовки ныне работающих врачей во врачей семейной медицины остается важным, ключевым вопросом является расширение клинических мощностей СВА.

Одним из методов расширения клинических возможностей СВА является разработка модульных курсов. Первый шаг – расширение возможностей трех основных специальностей. Затем увеличивается объем и типы услуг путем включения в первичную помощь тех болезней и состояний, которые ранее лечились специалистами поликлиник. Например, для этого нужно обеспечить дополнительное обучение врачей, что позволит им лечить наиболее распространенные кардиологические состояния.

---

[1] В западной терминологии врач общей практики равнозначен специалисту семейной медицины. Врач общей практики в Великобритании получает такую же подготовку, как семейный врач США. В советском контексте врач общей практики означает педиатра или терапевта, получившего дополнительную подготовку, или медицинского студента, прошедшего интернатуру. Термин *врач семейной практики* был выбран как наиболее подходящий вариант, передающий концепцию обслуживания всей семьи в целом с акцентом на профилактическую деятельность и вопросы формирования здорового образа жизни.

[2] В настоящее время в советской системе медицинского образования не существует программ резидентуры. Многие страны (пост-советского периода) рассматривают возможность введения программ резидентуры по аналогии с западными странами для всех специальностей.

Несколько донорских организаций разработали ряд краткосрочных курсов клинического обучения. ЮСАИД/BASICS и ВОЗ разработали краткосрочные курсы по острым респираторным инфекциям и диарейным заболеваний у детей. AVCS International Inc., JHPIEGO и ВОЗ разработали курсы по пренатальной помощи, грудному вскармливанию детей и планированию семьи. В настоящий момент ВОЗ подготавливает новый краткосрочный курс по клиническому диагностированию и профилактике целого ряда детских заболеваний, озаглавленный "Интегрированное лечение детских болезней". Эти краткосрочные курсы хорошо разработаны, однако их необходимо интегрировать в систему медицинского образования. Зачастую донорские организации вводят вертикальные программы обучения, в рамках которых ведется подготовка преподавателей на национальном уровне, которые в свою очередь обучают персонал в регионах. Однако эти обучающие программы еще не нашли своего места в системе медицинского образования, поскольку непрерывное медицинское образование находится под контролем Института повышения квалификации врачей. Для получения официальной аккредитации эти краткосрочные курсы необходимо увязать с общей структурой переподготовки.

Разрабатывается стратегия, увязывающая общее видение семейной медицины с потребностями в краткосрочном клиническом обучении. ЮСАИД и DFID[3] приступили к разработке модульной программе обучения семейной медицины, рассчитанной на один год. Такие модули будут разработаны и сертифицированы в национальных высших учебных медицинских учреждениях. Они будут основываться на наработках ЮСАИД, ВОЗ и других организаций. Затем предполагается провести ряд обучающих курсов в регионах для повышения знаний и умений врачей и их переподготовки в семейных врачей.

B. Следующие шаги

Многие элементы реформы здравоохранения осуществляются в Кыргызстане, Казахстане и Узбекистане при содействии ЮСАИД, Всемирного Банка, DFID. Во многих регионах сформированы семейные врачебные амбулатории. Подготовлен первый эшелон преподавателей семейной медицины. Разработаны краткосрочные программы клинического обучения для повышения знаний и умений врачей СВА. Однако необходимо усилить клиническую подготовку. Одним из наиболее важных вопросов является увязка долгосрочного процесса переподготовки врачей СВА с модульными курсами обучения, поскольку многие врачи не в состоянии взять годовой отпуск для посещения годичного курса переподготовки. Поэтому нужна система краткосрочной подготовки, которая позволит подготовить семейных врачей как дополнение второй системы одногодичного (или более) обучения.

Медицинским институтам требуется помощь в переходе к семейной медицине. Упор до настоящего момента делается на подготовке преподавателей семейной медицины. Однако в плане реформирования всей системы медицинского образования оказывается лишь ограниченное содействие. Эта реформа предполагает объединение отдельных медицинских институтов в единую академическую школу подготовки врачей общей практики.

Также необходимо работать над разработкой единого процесса аттестации, что позволит выработать механизм лицензирования и аккредитации. В настоящее время, например, есть врачи, называющие себя семейными, но которые, однако, не имеют достаточной подготовки и не прошли процесса лицензирования и аккредитации. Необходим единый последовательный национальный стандарт.

---

[3] Департамент международного развития, Великобритания.

Инфекционные заболевания в странах Центральной Азии

ЮСАИД уделяет большое внимание вопросу инфекционных заболеваний и вертикальным программам контроля инфекционных заболеваний и их взаимосвязи с реформами здравоохранения. Республики Центральной Азии отличаются от других стран с аналогичным уровнем дохода, поскольку они располагают обширными системами здравоохранения с избытком медицинского персонала. Уже существуют вертикальные системы контроля инфекционных заболеваний, которые, однако, являются малоэффективными и чрезмерно дорогостоящими в условиях недостаточного финансирования системы здравоохранения. Поэтому вопрос улучшения контроля инфекционных заболеваний напрямую связан с улучшением деятельности сектора здравоохранения в целом, что может быть достигнуто через создание интегрированной системы ПМСП, в условиях которой можно было бы эффективно пролечивать как инфекционные, так и хронические заболевания детей и взрослых.

Прежде чем рассматривать вопрос инфекционных заболеваний, необходимо изучить вопрос общего бремени болезни в республиках Центральной Азии. Эти страны заканчивают эпидемиологический переходный период с относительно низким уровнем рождаемости и относительно низким уровнем смертности, причем, растет уровень стареющего населения. Основные причины роста уровня смертности такие же, как и в промышленно развитых странах, где доминирующей причиной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания, за которыми следуют онкологические заболевания и несчастные случаи. Снижение среднего срока ожидаемой продолжительности жизни, которое наблюдается во всех странах бывшего Советского Союза, вызвано не инфекционными заболеваниями, а сердечно-сосудистыми заболеваниями, ростом смертей, связанных с алкогольным опьянением, несчастными случаями и насилием. Инфекционные заболевания составляют относительно низкий процент от остальных причин общего уровня смертности, как правило, менее 20.

Учитывая особое внимание, которое уделяет ЮСАИД контролю инфекционных заболеваний, нам необходимо определить такой метод контроля инфекционных заболеваний, который был бы связан с наиболее широкими задачами снижения глобального бремени болезни и создания устойчивой системы здравоохранения в странах с переходной экономикой. С точки зрения бремени болезни наиболее важным вопросом являются инфекционные заболевания, ведущие к смерти детей. Кроме того, ранее контролируемые заболевания могут в определенных условиях выйти из под контроля, приняв эпидемический характер, что может привести к увеличению бремени болезни в будущем и поглощению гораздо большей части и без того ограниченных ресурсов здравоохранения, представляя потенциальную эпидемическую угрозу другим странам.

A. Бремя болезни

Основными причинами смертности детей являются острые респираторные инфекции (ОРИ) и диарейные заболевания у детей (ДДЗ). Неэффективное лечение этих двух заболеваний, которые вполне подлежат лечению в условиях первичной помощи с использованием современных протоколов лечения, говорит о несостоятельности всей системы здравоохранения. Причины этой несостоятельности следующие: во-первых, врачи первичной помощи используют устаревшие протоколы лечения; во-вторых, первичное звено не располагает необходимыми для лечения данных заболеваний лекарствами, что вынуждает врачей направлять больных в стационары; в третьих, население считает лечение на уровне первичной помощи неэффективным, поэтому родители заболевшего ребенка зачастую оттягивают обращение за помощью и лишь в последний момент напрямую отправляются в больницу в обход первичной помощи. Когда, в итоге, больной ребенок попадает в больницу, уже слишком поздно проводить эффективное лечение. И, наконец, в стационарах не могут обеспечить эффективное лечение тяжело больных

детей по причине отсутствия необходимых знаний, оборудования и лекарственных средств. Результатом этого является высокий уровень смертности от ОРИ и ДДЗ.

ВОЗ, ЮСАИД и ЮНИСЕФ оказывают широкую поддержку в плане обучения, что позволяет внедрить современные протоколы лечения. Введение современных протоколов лечения является одной из основных задач, однако это недостаточная мера для снижения уровня смертности. Первичное звено должно располагать необходимыми лекарственными средствами и оборудованием для эффективного лечения ОРИ и ДДЗ. А это упирается в вопросы реформы системы здравоохранения и недостаточного уровня финансирования ПМСМП. Необходимо увеличить финансирование первичной помощи, что позволило бы учреждениям первичной помощи закупать необходимые лекарства и оборудование. По мере развития первичной помощи необходимо информировать население о возросших возможностях ПМСП в плане обеспечения эффективного лечения с тем, чтобы население не обходило стороной первичный уровень оказания помощи, напрямую направляясь в стационар. Более того, население необходимо учить оказывать первую помощь в домашних условиях, как, например, оральной дегидратации, распознаванию признаков серьезного заболевания и своевременному обращению родителей больного ребенка к врачу первичной помощи. Обучение населения требует ориентации первичной помощи на мероприятия по формированию здорового образа жизни.

Необходимость интегрирования программ ОРИ и ДДЗ в широкую программу реформ здравоохранения является фундаментальным вопросом. Главной целью реформы здравоохранения является создание интегрированной системы развитой ПМСП, где оказывается помощь детям, взрослым и женщинам. ОРИ и диарейные заболевания относятся не только к детям, поэтому необходимо улучшить лечение этих заболеваний не только в отношении детей, но и населения в целом. Развитая система первичной помощи требует улучшения протоколов лечения многих заболеваний. Это создает необходимость проведения широкой программы обучения для первичной помощи. Необходимо улучшить лабораторную диагностику, что зависит от наличия соответствующего лабораторного оборудования, необходимых ресурсов для нормальной работы лабораторий, и подготовленного персонала. Необходим доступ к лекарственным средствам, который зависит от реформы финансирования здравоохранения. Большое значение имеет и мнение населения об уровне ПМСП, поэтому необходимо информировать население о развитии и укреплении первичной помощи, убеждая его в целесообразности обращения в учреждения первичной помощи. Основным моментом является то, что нельзя изолированно решать проблемы тех или иных заболеваний, необходимо развивать и укреплять систему первичной помощи в целом.

B. Возвращение инфекционных заболеваний

С распадом прежней системы здравоохранения появилась опасность появления тех инфекционных заболеваний, которые достаточно хорошо контролировались в советские времена. В качестве наиболее серьезного примера можно привести возвращение дифтерии во многих странах бывшего Советского Союза, что стало возможным из-за распада прежней системы иммунизации. В настоящий момент дифтерия находится под контролем, однако есть опасения относительно недостаточности финансирования на закупку вакцин. Последние пять лет ЮНИСЕФ оказывает помощь в закупке вакцин, однако необходимо создать устойчивую, надежную систему особенно с учетом того, что государство планирует расширить программу вакцинации, включив в нее вакцинацию от таких заболеваний, как гепатит В.

Помимо роста контролируемых заболеваний, наблюдается рост и других инфекций:

- Растет уровень заболеваемости туберкулезом, особенно увеличивается количество случаев неправильного лечения, что ведет к развитию **резистентной формы туберкулеза**.

- Вновь появилась **малярия**, которая ранее была под контролем. Для ВОЗа это заболевание является одним из главных приоритетов.

- Возможны случаи возникновения **холеры** ввиду ухудшения качества питьевой воды и системы санитарного контроля. Наиболее критическая ситуация в плане контроля инфекционных заболеваний сложилась в Таджикистане, где в течение всего периода независимости республики идет гражданская война.

- С изменением моральных устоев наблюдается стремительный рост **инфекций, передающихся половым путем (ИППП).**

- На настоящий момент имеется небольшое количество локализированных случаев **ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом**, находящихся под контролем.. Однако есть опасение, что ВИЧ-инфекция и СПИД могут распространиться далее по таким каналам, как проституция, и принять эпидемический характер.

- Увеличиваются случаи заболевания **гепатитом**, что представляет угрозу ввиду ограниченных возможностей системы здравоохранения не только в плане лечения заболевания, но и его диагностирования.

- Вызывает тревогу и система контроля пищевых продуктов, что может привести к росту таких заболеваний, как **бруцеллез, ящур, паразитарные болезни,** передающиеся через мясные продукты.

- Растут случаи заболевания **гельминтами**, что может быть причиной хронических заболеваний у детей и взрослых.

Учитывая растущую проблему инфекционных заболеваний, необходимо выработать системный подход к улучшению возможностей системы здравоохранения бороться с инфекционными заболеваниями. В большинстве случаев это тесно связано с общей реформой здравоохранения, поскольку все соответствующие мероприятия потребуют дополнительных ресурсов, перемещенных из других секторов системы здравоохранения. Взаимосвязь между реформами здравоохранения и контролем инфекционных заболеваний наиболее ярко прослеживается на примере туберкулеза и ИППП, где контроль заболеваний осуществляется разными вертикальными системами.

C. Туберкулез

В условиях советской системы здравоохранения противотуберкулезная служба представляла собой самостоятельную вертикальную систему с собственной сетью лечебных учреждений. Протоколы лечения заболевания были малоэффективны, одним из требований протокола была госпитализация больного до его полного выздоровления, что приводило к длительным срокам пребывания больного в стационаре. Помимо этого применялись и другие малоэффективные методы как, например, массовая флюорография, которая могла приводить к ошибочному диагнозу туберкулеза. Сокращение финансирования здравоохранения наиболее сильно сказалось на системе туберкулезных диспансеров. Система диспансеров уже не в состоянии содержать обширную сеть лечебных учреждений и большой штат. Сокращение финансирования привело к тому, что система здравоохранения оплачивает лишь постоянные затраты ЛПУ и заработную плату персонала. При этом на лекарственные средства почти не остается средств. В результате больные не получают соответствующего лечения, что приводит к развитию резистентной формы туберкулеза. Более того, несмотря на то, что диспансерная система не может более позволить длительную госпитализацию больных, ПМСП еще не готова обеспечить полноценный мониторинг больных в амбулаторных условиях.

На ближайший период систему можно поддержать дополнительными ресурсами в целях финансирования фармацевтических препаратов и оснащения лабораторий. В долгосрочном плане система не может быть устойчивой и подлежит интеграции в общую систему оказания медицинской помощи. Содержание отдельной вертикальной структуры противотуберкулезной службы не имеет веских оснований. Что касается амбулаторной службы, семейные врачебные практики должны осуществлять мониторинг долечивающихся больных до момента, когда заболевание принимает неинфекционную форму. Практически это значит, что требуется только краткосрочная госпитализация больного. Тогда стационары можно было бы объединить, что дало бы им больше простора для маневра, позволило сэкономить больше ресурсов через совместное пользование лабораториями, прачечными, пищевыми блоками, операционными блоками, бухгалтерией и пр.

D. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)

ИППП тоже выделены в отдельную вертикальную диспансерную систему, именуемую кожно-венерологической службой.

В настоящее время почти все больные сифилисом и гонореей подлежат госпитализации и лечению в специализированных ЛПУ. Из-за принудительного лечения (длительный срок госпитализации и многочисленные инъекции антибиотиков), пациенты откладывают обращение к врачу до последнего момента, когда заболевание уже переходит в запущенную стадию. ИППП вполне подлежат лечению в условиях ПМСП. Нет никаких веских причин содержать отдельные лечебные учреждения для ИППП. Даже вопрос контакта больных, который играет столь большую роль в советской практике лечения туберкулеза, не относится к ИППП. Нет основательных причин утверждать, что больные диссеминированным сифилисом или гонореей не могут содержаться в общей медицинской палате.

E. Выводы:

1. Контроль ОРИ/ ДДЗ является чрезвычайно важной задачей, которую нужно решать в рамках комплексной стратегии развития ПМПС. Это означает улучшение клинической подготовки, оснащенности ЛПУ и обеспечения лекарственными средствами. Всестороннее развитие первичной помощи улучшит контроль многих инфекционных заболеваний а также лечение не только детей, но и всего населения в целом.

2. Решая вопрос конкретных инфекционных заболеваний, важно принимать во внимание операционную эффективность системы здравоохранения в целом. Необходимо отходить от вертикальных систем. Есть только один способ создания устойчивой системы здравоохранения – интеграция медицинской помощи и эффективное использование имеющихся ограниченных ресурсов.

3. Учебные программы по контролю инфекционных заболеваний нужно интегрировать в существующую общую систему подготовки.

4. Необходимо разработать правила гарантированного контроля эпидемий. Это относится, например, к Таджикистану, где в виду гражданской войны может понадобится гуманитарная помощь.

Интегрирование лабораторных услуг в ПМСП

A. Историческая справка

Советская система здравоохранения состояла из множества стационарных и специализированных лечебных учреждений, укомплектованных узкими специалистами и располагающими своими лабораторными службами. Уровень развития ПМСП был недостаточным. В большинстве случаев пациенты перенаправлялись из лечебных учреждений низового уровня оказания помощи на более высокий специализированный уровень или же в специализированные лечебные учреждения районных и областных центров для диагностики и лечения. Лабораторные исследования и анализы часто дублировались при переводе пациента из одного учреждения в другое.

Как и во всех странах, отсутствовала широкая регуляторная система, которая бы охватывала все аспекты клинической диагностики, включая список требуемых анализов, а также нормативы и инструкции по всем аспектам лабораторных услуг. СЭС несла ответственность за общественное здравоохранение и осуществляла контроль за медицинскими и другими учреждениями, включая лаборатории. СЭС располагала собственными подразделениями на районном, областном и национальном уровнях, оснащенных собственными лабораториями, способными, кроме всего прочего, выращивать бактериологические культуры.

ПМСП была недостаточно развита. Работники ФАПов направляли пациентов к узким специалистам или отправляли лабораторные образцы в СВА или СВП. Эти подразделения ПМСП располагали небольшими лабораториями, штат которых проводил анализы вручную соответственно данному уровню оказания медицинской помощи. Для переправки лабораторных образцов из одного учреждения в другое была налажена регулярная транспортная система. Пациентов также направляли из СВА и СВП в центральные районные поликлиники, располагавшие более подготовленным персоналом и обеспечивавшие больший объем лабораторных услуг, включая биохимические анализы. Существовали и специализированные лаборатории, например, при кожно-венерологических диспансерах, где проводился анализ на ИППП и где можно было выращивать культуры.

Кроме того, существовала и широкая система базового обучения врачей-лаборантов и другого персонала, а также система переподготовки специалистов. Многие лабораторные специалисты руководящего уровня имели возможность выезжать на обучающие курсы или семинары в другие республики Советского Союза, существовала целая сеть профессиональных лабораторных специалистов, имеющих возможность поддерживать регулярные контакты и обмениваться технической информацией. Однако не было доступа к новым лабораторным технологиям, разрабатываемым за рубежом. Контроль за базовым образованием лабораторных специалистов осуществлялся представителями лабораторных служб областного и районного уровня на регулярной основе.

Политика здравоохранения определялась центральными органами в Москве, оборудование и материалы поступали централизованно из одной-двух республик (Россия и Украина). В результате республики почти не располагали собственными мощностями в плане медицинских технологий, включая оправданность, надежность, клиническое соответствие, продуктивность и эффективность технологий, их устойчивость. Техническое обслуживание осуществлялось всесоюзной организацией Медтехника, филиалы которой располагались в столицах республик или областных центрах .

B. Ситуация после приобретения республикой независимости

Республики Центральной Азии проводят реформы здравоохранения, нацеленные на повышение экономической эффективности медицинской помощи и развитие ПМСП. Основной задачей проводимых реформ является повышение эффективности, качества и объема услуг ПМСП через

создание сети учреждений первичной помощи, как, например, семейных врачебных практик, приближенных к месту жительства населения.

Улучшение бесперебойного доступа к необходимым и экономически доступным лабораторным услугам наряду с сокращением необоснованных направлений является важным компонентом ПМСП. Как следствие, клинический персонал учреждений ПМСП, вовлеченный в процесс реформ, старается обеспечить более широкий спектр услуг своим пациентам, включая удобные и доступные лабораторные услуги. Врачам нужна такая лабораторная служба, которая бы своевременно обеспечивала точные и надежные результаты анализов.

Многие вновь созданные учреждения ПМСП располагают небольшими внутренними лабораториями, укомплектованными лаборантом или медицинской сестрой, в то время как другие планируют введение таких услуг с поступлением дополнительного финансирования. Соответствующее оборудование и расходные материалы обычно передаются учреждениям ПМСП при закрытии какой-либо больницы (за исключением Узбекистана, где Министерство здравоохранения предоставило ограниченное количество нового оборудования и материалов местного производства).

Международные организации, включая ЮСАИД, оказывают определенную поддержку развитию конкретных видов лабораторных услуг региона. За счет постоянной поддержки международных организаций улучшается оснащенность лабораторий республиканских противотуберкулезных институтов и лабораторий областных противотуберкулезных диспансеров именно в тех республиках, где вводится DOTS–терапия туберкулеза (и определенная интеграция обеспечения помощи по месту проживания пациентов). Улучшается оснащенность национальных лабораторий по контролю полиомиелита и гепатита. Определенное внимание уделяется и нуждам семейных врачебных амбулаторий в плане лабораторных услуг.

Несмотря на проводимые реформы и определенную поддержку международных организаций, большинство лабораторий не отвечают существующим потребностям. Ввиду сложной экономической ситуации, сложившейся с момента приобретения республиками независимости, лишь незначительная часть национальных ресурсов инвестируется в развитие лабораторной службы, -- для проведения программ переподготовки, финансирования инспекций, замены вышедшего из строя оборудования, закупки расходных материалов. Большая часть оборудования изношено, ненадежно, морально и физически устарело, запасные части и расходные материалы отсутствуют. Большая часть лечебных учреждений не располагает средствами для оплаты услуг Медтехники по техническому обслуживанию в случае необходимости. Химические препараты и реактивы, оставшиеся с советских времен, все еще в ходу, несмотря на их сомнительное качество

(истекший срок действия). Некоторые из используемых методов лабораторных исследований не соответствуют международным стандартам и рекомендациям.

C. Наиболее важные вопросы следующих шагов

Ниже представлены некоторые основные вопросы, которые необходимо рассмотреть при организации или расширении основных лабораторных услуг в условиях семейной врачебной практики:

- Политическая поддержка на всех уровнях власти
- Рационализация услуг и интеграция вертикальных программ в первичную помощь
- Распределение соответствующих ресурсов
- Усиление инвестирования программ по развитию кадров, обучению и переобучению персонала

- Рационализация требований к диагностическим исследованиям (набор тестов) и оценка клинического соответствия каждого теста
- Отбор соответствующих тестов для уровня ПМСП
- Улучшение методов лабораторных исследований с целью достижения мировых стандартов
- Введение системы контроля качества
- Поддержка соответствующей структуры контроля
- Техника безопасности труда лабораторных работников
- Закупка соответствующего нового оборудования и расходных материалов
- Улучшение транспортировки лабораторных образцов в лаборатории

Многие из этих вопросов должны решаться на национальном уровне. Огромное значение имеет политическая поддержка на всех уровнях власти, поскольку улучшение лабораторной службы рассматривается как один из аспектов рационализации системы обеспечения медицинских услуг в целом. Интеграция вертикальных программ отвергается как необходимый и затрато-эффективный метод использования ограниченных ресурсов.

Необходимо определить механизм определения приоритетов и распределения финансовых ресурсов в учреждения ПМСП. С точки зрения финансирования каждая семейная врачебная амбулатория должна оплачиваться по подушевому принципу (определенная сумма, выплачиваемая в расчете на одного зарегистрированного пациента). Включение в подушевой норматив учреждений ПМСП (СВА) затрат на оказание лабораторных услуг является долгосрочной целью реформ.

Бюджет учреждений ПМСП в плане лабораторных услуг должен включать:

- Заработную плату штата лабораторий и накладные расходы
- Текущие операционные расходы (например, коммунальные услуги, транспортировка лабораторных образцов)
- Закупку нового оборудования и расходных материалов
- Капитальные вложения на расширения спектра лабораторных анализов, проводимых на уровне ПМСП

Специалисты национальных лабораторий, преподаватели республиканских учебных учреждений по подготовке врачей-лаборантов и других лабораторных работников, преподаватели медицинских учебных учреждений должны иметь доступ к текущей информации по международным стандартам и рекомендациям международных организаций относительно лабораторных услуг. Обучение и постоянное переобучение персонала необходимо поддерживать и развивать при соответствующем выделении финансовых ресурсов. Программа ЗдравРеформ/ ЮСАИД решает этот вопрос через создание руководства по лабораторной службе для учреждений ПМСП и плановых учебных программ для пилотных регионов.

Критически важным вопросом является рационализация контроля (тестов) на предмет полезности и клинического соответствия проведенных анализов и исследований. Тщательная оценка количества диагностических исследований, необходимых для постановки конкретного диагноза, а также клинического соответствия некоторых диагностических исследований (например, тест на

кислотность желудка, тест на содержание двенадцатиперстной кишки, ревматест, полный набор анализов на функцию печени) должны проводится только с учетом бережного использования ограниченных ресурсов.

До введения или расширения существующих лабораторных услуг необходимо провести отбор соответствующих анализов и исследований. Лучше обеспечивать ограниченные по спектру , но качественные лабораторные услуги, нежели чем комплексные услуги с ненадежными результатами. Введя надежные базовые диагностические исследования и обеспечив бесперебойность оказания этих услуг, спектр диагностических исследований и анализов на уровне ПМСП можно увеличить с учетом их устойчивости и экономической доступности.

Долгосрочным приоритетом медицинских лабораторий является улучшение полуколичественных и количественных методов, отвечающих международным требованиям. Например, для анализа белка, глюкозы и, возможно, билирубина. можно было бы ввести относительно недорогие и удобные быстрые тесты как, например, уриновые индикаторные полоски, легко расшифровываемые без использования специальной аппаратуры.

Необходимо улучшить контроль качества через стандартизацию методов контроля. Улучшение качества в плане точности и надежности проводимых анализов можно достичь, осуществив недорогие модификации существующих методов.

Необходим постоянный контроль, особенно учитывая то, что многие учреждения МПСП имеют только одного лабораторного работника. Выезды контролирующих лиц на места с целью оказания помощи в разрешении проблем, а не наложении санкций, представляют большое значение не только для улучшения обеспечения помощи, но и для оценки потребностей в обучении и воспитания высокого морального духа персонала методами поддержки и поощрения.

Необходимо серьезно и безотлагательно решать вопросы техники безопасности в каждой лаборатории. Необходимо изыскать ресурсы для закупки перчаток, халатов, масок, стеклянной тары для замещения вышедших из строя пробирок и прочего мелкого инвентаря, ежедневно используемого многими лабораториями, что создает риск инфицирования персонала.

С целью повышения надежности результатов лабораторных анализов и безопасности труда персонала необходимо обеспечить лаборатории новым оборудованием и расходными материалами. С целью поддержания нового оборудования в рабочем состоянии и бесперебойного снабжения реактивов необходимо также провести оценку новой технологии.

Одной из проблем является транспортировка лабораторных образцов. Необходимы денежные средства для закупки соответствующих контейнеров с плотно закрывающимися крышками и соответствующей маркировкой в целях безопасной доставки образцов в лаборатории. Этот вариант на настоящем этапе может оказаться слишком дорогостоящим, поэтому, несмотря на транспортные затраты, пациентов придется направлять непосредственно в лаборатории. В будущем можно рассмотреть вопрос создания передвижной службы сбора лабораторных образцов и их транспортировки из учреждений ПМСП в лаборатории как более экономичный способ.

Многие из этих вопросов должны решаться совместными усилиями врачей, руководящих органов, преподавателей и экономистов, поскольку речь идет о получении надежных результатов лабораторных исследований, необходимых для правильной постановки клинических диагнозов и контроле клинических состояний и заболеваний. Врачи новых СВА совместно со своими менеджерами должны принимать реалистичные решения в отношении распределения ресурсов по организации и содержанию лабораторий, предоставляющих необходимые и экономически доступные услуги по лабораторным исследованиям для своих клиентов.

Большинство врачей и других работников лабораторий во всех республиках высоко мотивированы и стремятся работать профессионально, однако во многих случаях требуется

установление определенных требований. Преданность этих работников своему делу, особенно учитывая трудную создавшеюся ситуацию, очень ценна, таких работников необходимо всячески поддерживать. При условии обеспечения дополнительных ресурсов и улучшения оснащенности лабораторий эти работники могли бы сделать ценный вклад в дело улучшения здоровья населения.

Фармацевтический сектор: оценка ситуации и следующие шаги

A. История и проблемы

В советскую эру лекарственные средства поставлялись исключительно государством. Система поставок строго контролировалась, регулировалась и финансировалась централизованно Москвой. Частного сектора не существовало. Выбор, закупка (включая производство), распределение и использование ЛС составляло прерогативу государственного сектора, и многие лекарства предоставлялись населению бесплатно или в достаточной степени субсидировались.

После «перестройки» фармацевтические функции были разделены между Новыми Независимыми государствами, включая Центрально-азиатские республики (ЦАР). Здесь роль, ранее принадлежащая Москве, в настоящее время отводится следующим агентствам: Фармация – в Казахстане, Дори-Дармон – в Кыргызстане, и Дари-Дармон – в Узбекистане. Эти агентства, в сущности, являлись государственными монополиями, хотя у них был небольшой опыт управления государственными закупками лекарств, так как большинство основных решений всегда принималось в Москве.

Незначителен также и опыт развитии частного сектора в области ЛС. Позиция центрально-азиатских правительств относительно создания жизнеспособных коммерческих условий для поставки лекарств была и продолжает оставаться противоречивой, частично из-за незнания данного вопроса, частично из-за того, что, по мнению этих органов, финансовый контроль за поставкой ЛС является источником доходов –возможно, в обход государственной казны.

Другая проблема, возникшая после распада Советского Союза – лекарственная политика и управление. Вся политика прежде формировалась в Москве, в настоящее же время ее разработка стала делом каждой страны, и возникла тенденция простого копирования прежней советской политики. Кроме того, правительству каждой страны было очень трудно определить свою роль как регулятора качества, безопасности и приемлемой для населения поставки лекарств. Продолжается тенденция вовлечения исполнительных органов в поставочные процессы, например, отстаивание интересов правительственных производителей, что ведет к конфликту интересов в процессе принятия решений. Эти регулятивные проблемы распространяются и на частный сектор, создавая барьеры, например, в виде чрезмерного налогообложения и требований приобретения очень дорогих лицензий, несмотря на дальнейшее нарушение этих требований.

Возможно, самой сложной из всех проблем, возникших после процесса «перестройки», является недостаточное финансирование здравоохранения, что также отражается на секторе ЛС. Бюджет не отвечает требованиям бесплатного пакета медицинских услуг, являвшегося традицией в советские времена с основным принципом «бесплатное здравоохранение для всех». Этот пакет бесплатных медицинских услуг включал в себя бесплатные лекарства для стационарных больных. Что касается амбулаторных больных, те люди, которые принадлежали к определенным группам населения, например, ветераны войны, дети из многодетных семей или диабетики, также имели право на бесплатные лекарства или субсидии на их приобретение.

Существование пакета бесплатных медицинских услуг, помимо того, что его невозможно финансировать, ведет к тому, что больные обходят учреждения ПМСП и сами обращаются в стационары для получения бесплатных ЛС. Однако, на самом деле, больницы часто требуют, чтобы больные сами покупали лекарства, поэтому неясно, какие стимулы создает политика внутрибольничного бесплатного выделения лекарств. Мало что изменилось в такой системе предоставление льгот, хотя некоторые страны начинают их частично ограничивать.

В условиях общего недостаточного финансирования здравоохранения происходит жесткое сокращение кадров, необходимых для руководства министерскими агентствами по поставке

лекарств. Несмотря на общую тенденцию к излишней укомплектованности штатами, в настоящее время положение меняется. Например, в Казахстане сейчас функционирует небольшой департамент по поставке лекарств на национальном уровне, состоящий только из 4х человек, а все областные отделения распущены. Недостаточная укомплектованность штатами препятствует должному выполнению поставок, распределения и мониторинга во всей республиканской фармацевтической системе. Что касается частного сектора, то эти процессы здесь либо не отрегулированы, либо излишне регламентированы.

Потребность государственного сектора в ЛС определяется государственными агентствами совместно с областными исполнительными органами. Точные размеры этой потребности неизвестны, так как создание раздутых «желаемых перечней лекарственных средств» - это слишком длинная история, к тому же эти перечни никогда не совпадают с бюджетом, и довольно просто и произвольно сокращаются. Этот момент все еще представляет собой непреходящую проблему, а пробел в финансировании восполняется средствами самих больных. До тех пор, пока население неофициально платит за лекарства, довольно трудно реально что-то регулировать.

Тогда как в прежние времена выбор ЛС был довольным простым процессом и производился на базе известных советских лекарств, в настоящее время выбор ЛС значительно затруднен. Старых знакомых лекарств не хватает, и в то же время наблюдается значительный наплыв незнакомых западных ЛС, в целом очень дорогих, так как компании, которые намереваются агрессивно войти на советский рынок – это основные фармацевтические кампании, все еще имеющие монополию на производство тех или иных лекарств.

После того, как процесс отбора ЛС завершен, препараты должны быть поставлены частными и/или государственными поставщиками. Поставка лекарств, включая вакцины, находится в критическом положении, частично вследствие разрыва связей между системами производства и поставки ЛС. Например, в прежние времена Узбекистан мог полагаться на другие советские республики по части различных лекарств, и сырьевые ингредиенты для ограниченного числа фармацевтических заводов Узбекистана могли придти из Литвы. В настоящее время такое невозможно, так как каждая страна пытается стать независимой в экономическом отношении. Еще одна проблема поставки ЛС – это отсутствие недорогих общеродовых лекарств, регистрируемых в странах бывшего СССР.

Системы распределения лекарств в государственном секторе начали быстро ухудшаться. С возникновением таких агентств как Фармация, Дари Дармон и Дори Дармон, которые вязи на себя роль «Москвы», распределение лекарств в отдаленные области стало их прерогативой. В последние несколько лет чрезвычайно трудной задачей стал поиск финансирования для транспортировки лекарственных препаратов и содержания штата, что привело к тому, что многие регионы остались без соответствующих поставок лекарств.

Последним важным аспектом в фармацевтическом секторе в настоящее время является назначение и использование лекарств. Одной из проблем является отсутствие соответствующих знаний о новых лекарственных средствах у медицинских работников и населения. Другая проблема – незнание медицинскими работниками общеродовых названий многих торговых марок на фармацевтическом рынке. Следствием этого является небрежное назначение одного и того же лекарства, когда речь идет о двух разных.

B. Промежуточные и последующие действия

С 1991 г. была проделана значительная работа, но многое еще предстоит сделать. Необходимо решить все упомянутые выше проблемы. Одной из целей следующего этапа реформирования здравоохранения в Центральной Азии должно быть направление сил и энергии на решение вопроса о наличии приемлемых для населения лекарственных средств, особенно в контексте ПМСП. Болезненное состояние, которое без труда можно устранить на уровне ПМСП, может

перерасти в болезнь, и тогда потребуется дорогостоящая госпитализация. Кроме того, необходимо разрешить вопрос с пациентами, которые сами обращаются напрямую в стационары, пытаясь получить бесплатные медикаментозные средства, так как эта практика также представляет угрозу успешному проведению реформ.

Следует продолжать оказывать помощь для улучшения положения в фармацевтическом секторе, особенно в следующих областях:

- Развитие частного сектора
- Государственный сектор
- Разработка лекарственной политики и управления, как для частного так и для государственного сектора
- Финансирование лекарств для льготных слоев населения
- Потребность в ЛС
- Образование и обучение
- Поставки ЛС
- Производство лекарств

1. Частный сектор

Одним из первых промежуточных мероприятий, поддерживаемых международными донорами, была приватизация с целью исключения монополии на лекарства в каждой стране. Основная идея заключалась в конкуренции частных предприятий между собой, снижении цен на лекарства и роста их количества. Результатом работы в этом направлении стало то, что в Казахстане практически все аптеки и оптовые продавцы сейчас работают на частной основе. В Узбекистане многие аптеки приватизированы, тогда как главное государственное агентство, отвечающее за поставку и распределение ЛС – Дари-Дармон, - является акционерным обществом. Кыргызстан, по-видимому, находится где-то посередине. Во всех странах появился частный сектор в той или иной мере, и, вероятно, эту тенденцию нужно поощрять, так как более конкурентоспособный рынок должен постепенно привести к снижению цен. Роль правительства должна заключаться в поощрении создания хорошо регулируемых условий, все еще привлекательных для ведения бизнеса.

2. Государственный сектор

В то время как частный сектор находится в процессе развития, государственный сектор должен продолжать играть основную роль в обеспечении надлежащей поставки лекарств. Тогда как Кыргызстан и Узбекистан, по-видимому, сохранили государственную систему закупок и распределения ЛС, казахстанская система в значительной мере ухудшилась. Причиной этого может быть сокращение бюджета в правительственных органах, отвечающих за ЛС. Все три страны нуждаются в умелом управлении государственной системой поставок.

3. Разработка лекарственной политики и управления

Другим проблематичным вопросом, возникшим после распада СССР, является ненадлежащая политика и управление или отсутствие оных в фармацевтическом секторе. Для разработки успешной политики по ЛС необходимо провести анализ положения и приоритетов в каждой стране. Самые общие приоритеты лекарственной политики должны включать в себя следующие:

- Наличие жизненно важных лекарств и их приемлемая цена
- Гарантия безопасности, эффективности и качества всех ЛС, и
- Улучшение практики назначения, приготовления и распределения лекарств, а также помощь в правильном использовании ЛС медицинскими работниками и населением.

Правительства ЦАР в настоящее время пытаются регулировать качество лекарственных продуктов путем их регистрации и сертификации за значительную плату. Эти значительные суммы денег должны направляться на поддержку мониторинга и управления качества услуг и лекарств, предоставляемых населению. На самом же деле, в то время как право на продажу лекарств имеют только те аптеки, которые получили лицензию, любой, мелкий торговец, располагающий небольшим ассортиментом лекарств, может развернуть свой бизнес на углу. Условия хранения и сроки годности лекарств также составляют часть проблемы качества. Кроме того, в ЦАР назначение лекарств, включая антибиотики, уже никак не регулируется, что ведет к дополнительной проблеме резистентности лекарств вследствие неправильного их применения, а это, в свою очередь, связано с вопросами медицинского образования.

Несмотря на то, что ЮСАИД и ВОЗ, помимо других донорских организаций, оказывают определенную помощь в этой области, необходимо особое внимание уделить вопросам лекарственной политики и управления, влияющими на все другие сферы здравоохранения.

4. Финансирование ЛС

Для реализации государственной лекарственной политики необходимо обеспечить надлежащее финансирование лекарств, поставляемых в государственном секторе и гарантировать адекватные и приемлемые поставки в частном секторе. В число механизмов финансирования жизненно-важных лекарств входит следующее: государственное финансирование (правительство), платные услуги, медицинское страхование (подготовленные схемы), добровольное и другое местное финансирование, донорское финансирование и займы на развитие.

Необходимо проводить финансовую оценку государственных бюджетов на ЛС для того, чтобы помочь понять исполнительным органам взаимосвязь между тем, что они могут себе позволить и тем, что они хотят сделать для охраны здоровья населения.

Очень важным является вопрос о реальном пакете бесплатных медицинских услуг. Фактически, даже те люди, которые по закону составляют слой льготников, должны платить за лекарства, что часто им не по карману, а беднейшим слоям населения не оказывается никакой государственной поддержки. Правительства ЦАР должны установить приоритеты и переопределить их в отношении того, насколько и кому возможно помочь в рамках бюджета.

Традиция предоставления определенных льгот также создает препятствия в решении вопроса о платных услугах. Фактически, пациенты, имеющие право на получение бесплатных лекарств, на 100% оплачивают их из своего кармана, вместо того, чтобы участвовать в организованном справедливом распределении затрат. Возможно, в будущем неплохо было бы провести ряд экспериментов по внедрению платных услуг для того, чтобы помочь сбалансировать расходы на ЛС в госбюджетах. Следует опробовать вариант приобретения бесплатных лекарств в амбулаторных условиях, наряду с оплатой лекарств в стационарном секторе или же провести эксперимент с заранее оплаченными лекарствами в обоих секторах. Задача заключается в том, чтобы помочь правительству разработать реалистичную программу по жизненно-важным лекарствам.

5. Потребность в ЛС

В переходный период наблюдается изменение потребности в ЛС. В каждой из трех стран в настоящее время имеется список жизненно-важных лекарств, который был составлен при

поддержке ВОЗ и ЮСАИД. Предполагается, что жизненно-важные лекарства должны удовлетворять медицинским потребностям большинства населения, и, таким образом, всегда быть в достаточном количестве и с соответствующей дозировкой. Основной принцип заключается в эффективном использовании ограниченных бюджетов на здравоохранение для приобретения небольшого списка важных действенных лекарств, нежели большого списка менее эффективных ЛС. Однако, несмотря на то, что списки жизненно-важных лекарств уже существует, они не настолько эффективны насколько могли бы быть, так как правительства не проводят определенной лекарственной политики и/или не испытывают желания осуществлять действенные программы по жизненно-важным лекарствам. Больше внимания следует уделить совершенствованию и внедрению списков жизненно-важных лекарств в ЦАР. Например, в прошлом году в Узбекистане этот список увеличился с 300 до 700 наименований, хотя ВОЗ считает оптимальным числом 300 лекарственных продуктов. Международные доноры должны помогать укреплять принципы ВОЗа по программе жизненно-важных лекарств.

6. Образование и обучение

ЮСАИД и ВОЗ также предоставляют поддержку и обучение в области разработки руководств по лекарственным формулярам, буклетам по торговым маркам фирм, производящих общеродовые лекарства, материалов по жизненно-важным ЛС. Кроме того, в экспериментальных регионах проведено обучение по рациональному фармацевтическому менеджменту, как части проводящейся программы клинического обучения по семейной медицине. Во всех трех республиках необходимо больше времени посвятить обучению управлению аптеками как с отрывом, так и без отрыва от производства. Необходимо продолжать обучение по рациональному использованию лекарственных средств, особенно в контексте программ по семейной медицине. Разработка протоколов лечения, отвечающих современным стандартам, включая предложения основных препаратов, могли бы помочь врачам привести свою лечебную практику в соответствие с международными стандартами.

7. Поставка ЛС

В процессе поставки лекарственных средств возникает большая проблема: имеющиеся в наличии лекарства – это очень дорогие препараты, имеющие торговую марку, или же они являются местными предпочтениями без научного на то подтверждения. Идеальным вариантом было бы обсуждение правительствами временных мероприятий в области поставок ЛС путем покупки жизненно-важных общеродовых лекарств непосредственно у признанных во всем мире оптовых продавцов, например, IAD (Международная Ассоциация диспансеров) или ЮНИСЕФ. Но поддерживать такие меры довольно затруднительно в связи с регистрацией выпуска лекарств, и, что более вероятно, в связи с доходностью самого процесса поставки лекарств и возможностью для официальных лиц, получающих низкую зарплату, подзаработать. Тем не менее, идея приобретения ЛС для государственного сектора через международных оптовых продавцов, возможно, даже используя посредника из частного сектора в качестве агента по поставкам, требует дальнейшего рассмотрения.

8. Производство ЛС

Правительства всех центрально-азиатских республик, особенно в Казахстане и Узбекистане, сохраняют интерес к производству лекарств. Если бы лекарства могли производиться в частном секторе, их не надо было бы изготовлять в частном секторе. Правительства не должны также давать субсидии на производство ЛС, несмотря на то, что они выразили уверенность в том, что производство лекарств решит проблемы их поставки, несмотря на постоянные заверения в обратном со стороны международных экспертов. Возможность найти рынок для медицинской продукции любого местного фармацевтического завода довольно сомнительна.. Центрально-азиатские страны подозрительно относятся друг к другу – маловероятно, например, что Узбекистан примет лекарственную продукцию Казахстана, и наоборот. Под вопросом находится также возможность отвечать критериям GMP (Надлежащая Производственная Практика). Тем не менее,

некоторые совместные предприятия уже начали свою работу в ЦАР, сделав первые шаги в этом направлении. В целом, правительствам необходимо предпринять больше попыток в разработке соответствующей лекарственной политики и управления для улучшения рынка лекарственных средств.

Подтвержденная практикой медицина в пост-советских системах здравоохранения

Одной из основных целей реформирования здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи и в то же время предоставление гарантии отсутствия неблагоприятного воздействия реформы здравоохранения на качество медицинского обслуживания. Но качество и результативность медицинской помощи приобретают свое значение только при точном определении содержания медицинской практики. На первый взгляд советская медицина имеет много сходных черт с западной, это касается, например, названий медицинских специальностей. И здесь и там есть кардиологи, гастроэнтерологи, педиатры и гинекологи. Однако при более близком рассмотрении выясняется, что советская медицина полностью отличается от западной и представляет собой нечто совсем другое, как, например, китайская медицина. При более тщательном изучении клинической практики различия становятся более очевидными.

Например, посетителю советского медицинского учреждения показывают физиотерапевтический кабинет с аппаратами, с помощью которых оказываются услуги по электротерапии, магнитной терапии, лазерной терапии и ультрафиолетовому облучению. Эти виды лечения, которые либо совершенно неизвестны западной медицинской литературе, либо отвергнуты ею, используются во множестве клинических случаев. Изучая любой клинический случай можно натолкнуться на длинный перечень необычных методов лечения, например, использование АТП и кокарбоксилазы при лечении инфарктов миокарда, применение гепато-протекторов при лечении гепатита, антибиотиков при астме, аутоинъекций при аллергии и т.д. Вопрос в том, каким образом и почему эти необычные методы лечения стали приемлемыми в советской медицинской практике.

Ответ на этот вопрос лучше всего можно получить при рассмотрении специфического клинического примера: использование гипербарических кислородных камер – замкнутых камер, содержащих высококонцентрированный кислород при повышенном атмосферном давлении. Эти камеры повышают уровень кислорода в крови, что ведет к повышению уровня кислорода во всем теле. В принципе, это могло бы положительно повлиять на течение любой болезни, которая характеризуется недостатком кислорода, например, цирроз печени, инфаркт миокарда, ранения и т.д. На Западе клинические исследования, в частности, рандомизированные контролируемые испытания, показывают, что такая терапия эффективна только при двух основных клинических состояниях: несчастных случаях при плаванье под водой с дыхательным аппаратом (кессонная болезнь) и гангрене, вызванной анаэробной инфекцией. Однако в советской медицине гипербарические кислородные камеры используются при более 100 клинических показателях, и лечение таким способом широко применяется по всему бывшему Советскому Союзу.

Любой западный врач, беседующий с советским на клинические темы, такие, например, как гипербарические кислородные камеры, быстро обнаружит, что они не могут найти общий язык при обсуждении различий в клинической практике. Советский врач с гордостью покажет эту камеру и объяснит ее использование в хирургии, при осложненных родах, циррозе печени или миокардической ишемии. Западного врача удивляют эти объяснения и он, в свою очередь, объясняет, почему эти методы лечения не применяются на Западе. Далее советский врач расскажет о существовании богатой литературы, указывающей на результативность его методов. Советский врач может рассказать о всех великих открытиях советской медицины, например, лучевой кератомии, ныне используемой на Западе. Результатом такой беседы является только возникшее чувство неудовлетворенности при констатации того факта, что клинические практики Запада и СССР действительно разнятся.

Однако при более глубоком изучении данного вопроса, внимательном и систематическом просмотре советской литературы, можно обнаружить источник возникновения данной проблемы. Первое, подавляющее большинство медицинской литературы представляет собой труды по фундаментальной науке. Существует множество статей по биофизике и физиологии. В этой

литературе указывается, что применение гипербарических кислородных камер действительно ведет к повышению содержания кислорода в тканях. Вопрос в том, обладает ли вполне состоятельная физиологическая гипотеза реальным клиническим эффектом. Ответом может быть только проведение клинического исследование, соответствующим образом спроектированного и основанного на принципах клинической эпидемиологии. Но советские клинические исследования проводятся такими методами, которые не соответствуют получению принципиального ответа на этот клинический вопрос .

В советских статьях очень коротко освещаются методологические разделы, что делает невозможным их публикацию в таких медицинских западных журналах как "New England Journal of Medicine" или "Lancet". Советские научные труды обычно являются исследованиями одного медицинского центра, в основном, одной больницы, с использованием историй болезни контрольных пациентов. Это означает, что они сравнивают самочувствие пациента два года назад с настоящим самочувствием после применения нового метода лечения. Случайной выборки пациентов не производится. Фактически, сами исследования довольно слабо спроектированы и не располагают соответствующими данными по биостатистике, поэтому из них невозможно сделать серьезного вывода. Это означает, что в советской клинической практике существуют значительные проблемы вследствие недостатка знаний о клинической эпидемиологии.

В советской медицине не существует практики рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ), тогда как на Западе она была введена в 1940х годах. Первые РКИ были выполнены в Великобритании по эффективности стрептомицина при лечении туберкулеза в 1948 г. Это было время начала «холодной войны», когда опустился «железный занавес», сделавший невозможным обмен медицинскими знаниями между Западом и СССР. Таким образом, советская медицина была изолирована от достижений возникшей практики клинической эпидемиологии, которая к 1980м годам оформилась в движение, известное как медицина, подтвержденная практикой. Врачи, получившее образование в советское время, не имели подготовки по клинической эпидемиологии или биостатистике, а также имели ограниченный или доступ к западной медицинской литературе. В результате такой изоляции в настоящее время довольно трудно найти общий язык при обсуждении различий в клинической практике, полагаясь на доказательства, так как в западной и советской медицине существуют различные концепции того, что подразумевается под доказательством.

В вопросе о качестве оказания медицинской помощи это самая главная проблема советской медицины. Почти невозможно изменить клиническую практику без проведения коренных изменений в понимании сущности медицинского доказательства. В советских системах здравоохранения клиническая практика определялась руководящими учреждениями в Москве, издававшими клинические руководства, которым следовали все врачи. То же самое произошло и в случае с гипербарическими кислородными камерами. Один московский исследователь-руководитель убедил Министерство здравоохранения в клинической эффективности этой терапии, далее были опубликованы руководящие указания, рекомендующие ее использование при свыше 100 клинических случаев. В результате распада Советского Союза клинический контроль также прекратил свое существование, и поэтому клиницисты сейчас более свободны в выборе клинической практики. Однако они, по-видимому, считают бездоказательную терапию действительно эффективной, проверенной клиническими испытаниями. Причина этого - в отсутствии обучения основам клинической эпидемиологии.

Донорские организации предприняли попытки изменения клинической практики путем показа западных практик советским врачам. Но обсуждение западных практик проводится от случая к случаю и не получает значительной поддержки от медицинского руководства, которое продолжает придерживается русскоязычной медицинской литературы. Кроме того, почти все клинические руководители проходили обучение в ведущих исследовательских институтах Москвы и Санкт-Петербурга.

Одной из наиболее скоординированных попыток изменения клинической практики была работа доноров совместно в ВОЗом. ВОЗ разработал протоколы лечения для нескольких клинических состояний, например, ОРИ, детские диарейные заболевания, туберкулез, грудное вскармливание и планирование семьи. Так как врачи, получившее образование в период существования СССР, обычно полагаются на авторитарные решения, ВОЗ заменяет Москву как авторитетный источник. Однако введение протоколов лечения ВОЗа не увенчалось особенным успехом. Бывшие советские врачи все еще верят, что их медицинская практика является научно обоснованной. Лучший пример этого – те трудности, которые пришлось испытать ВОЗу при внедрении своих протоколов лечения туберкулеза, известных как DOTS-терапия. Хотя с помощью пилотных проектов эту стратегию удалось внедрить, советское медицинское руководство противотуберкулезных диспансеров противится ей Кроме того, они продолжают применять дополнительные методы лечения такие как использование инъекций витамина С, раздувание легких и т.д. Что касается других клинических случаев, то здесь ВОЗ преуспел еще меньше, например, в лечении синдромов инфекций, передаваемых половым путем в амбулаторных условиях.

Отсутствие традиции медицины, подтвержденной практикой, и клинической эпидемиологии являются основным барьером на пути изменения клинической практики в пост-советских системах здравоохранения. До тех пор, пока в обсуждении различий в клинической практике не будет найдено общего языка, техническое содействие, оказываемое донорами для изменения клинической помощи, будет вестись лишь частично и медленными темпами. И в заключение: внедрение подтвержденной практикой медицины требует глубоких изменений в системе медицинского образования и исследований. А именно в этой области доноры не решаются оказывать давления. Тем не менее, для того, чтобы происходили продолжительные и постоянные изменения, необходимо уделить внимание именно этой важной области.

Участие населения и сообщества в реформе здравоохранения

В советский период население не имело право голоса в системе здравоохранения. Система опиралась на лечебные учреждения, в то время как пациенты рассматривались в качестве объектов, играющих второстепенную роль. Пациенты не имели преимущественного права, поскольку не могли выбирать другие медицинские учреждения, даже если не были удовлетворены оказанной медицинской помощью и их жалобы оставались не услышанными. Поставщики были наделены полной властью в части принятия решений в системе здравоохранения, а врачи рассматривались в качестве государственного инструмента. Врачи не предоставляли пациентам полную информацию об их клиническом состоянии, таким образом ослабляя и без того недостаточную связь между врачом и пациентом.

Одной из целей реформы здравоохранения является изменение взаимоотношений в системе здравоохранения, чтобы усилить роль населения в процессе принятия решений в секторе здравоохранения. Эти новые взаимоотношения дали бы пациентам право голоса в системе здравоохранения и связали бы выбор пациентов с новыми системами финансирования поставщиков. Если деньги следуют за пациентом, а не выделяются на основе запланированных мощностей, решения пациентов будут связаны с финансовым стимулами поставщиков и прибыль поставщиков будет связана со спросом и потребностями пациентов. Это меняет всю структуру власти в секторе здравоохранения и перемещает акцент с поставщиков на пациентов. Это меняет природу взаимоотношений между врачом и пациентом и восстанавливает права пациентов.

Новые взаимоотношения дают населению больше прав, но они связаны и с большей ответственностью. Здоровье более не является чем-то, что население получает от системы здравоохранения. Это значит, что население должно больше и активнее участвовать в поддержании своего здоровья и стать партнером медицинских работников, взяв на себя большую ответственность за состояние своего здоровья. Это особенно важно, если принять во внимание изменение структуры бремени болезни, когда инфекционные заболевания переходят в хронические. Лечение таких хронических заболеваний, как гипертензия, диабет, требуют более тесных взаимоотношений между врачами и пациентами, поскольку пациенты должны будут принимать активное участие в процессе лечения заболеваний, наблюдая за своим состоянием и изменяя лечение на основе своих наблюдений. Более того, многие ключевые факторы риска, связанные с хроническими заболеваниями, могут быть модифицированы вследствие изменения образа жизни. Например, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности в республиках Центральной Азии. Наилучшим способом снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является профилактика заболевания посредством снижения основных факторов риска. Это значит, что необходимо убедить людей бросить курить и изменить диету. Если права пациентов будут поддерживаться финансово, они должны быть усилены и через предоставление информации. Они должны больше понимать, насколько влияет их решение изменить образ жизни на их здоровье. Это значит, что одним из основных компонентов реформы здравоохранения является сильная система формирования здорового образа жизни.

Основной новых взаимоотношений в системе здравоохранения является предоставление пациентам результативного выбора своего врача и поставщика медицинских услуг. В советской системе предоставление выбора пациенту не предусматривалось, поскольку пациенты были прикреплены к поликлиникам, в зависимости от места проживания (участки). Предоставление выбора является сложным моментом, потому что советская система здравоохранения не планировала возможность его предоставления. Поликлиники функционировали в качестве монополий в каждом географическом регионе. В одном регионе могли быть несколько

поликлиник, но каждая выполняла определенную клиническую функцию. В стационарном секторе также были отдельные больницы, выполняющие определенные функции. Более того, существовала организованная система направлений, ограничивающая выбор. Для того, чтобы деньги следовали за пациентом, последним необходимо предоставить выбор, а это требует реструктуризации системы предоставления медицинских услуг с целью создания необходимых для конкуренции условий.

В системе первичной медико-санитарной помощи выбор является одной из основных причин развития семейных врачебных амбулаторий (СВА). Идеей является создание достаточного числа учреждений первичной медико-санитарной помощи, чтобы выбор был значимым. Если разделить поликлинику на небольшие клинически интегрированные части, конкуренция будет невозможна. Это значит, что можно создать механизм финансирования, в соответствии с которым деньги несомненно будут следовать за пациентом и выбор пациента создаст сильные экономические стимулы и будет способствовать изменению поведения поставщиков медицинских услуг. Этот вопрос всегда являлся важным для сектора здравоохранения, потому что врачи часто не совсем полно понимают потребности пациентов. Например, поликлиники работают ограниченное число часов в день, и всегда работающим пациентам очень сложно попасть на прием к врачу. Однако при новом механизме финансирования, у СВА появятся преимущества в ходе конкуренции, если они будут работать больше часов в день. Если СВА, с точки зрения пациента, не будет предоставлять услуги высокого качества, последний выберет другую СВА.

Первым шагом в процессе усиления роли пациентов является реорганизация учреждений первичной медико-санитарной помощи в СВА, которые конкурировали бы за привлечение пациентов. Для достижения момента, когда будет возможно обеспечить выбор пациентов требуется длительная реформа здравоохранения. Во-первых, население будет наблюдать за процессом реорганизации системы оказания медицинской помощи, что будет дезориентировать и пациентов и поставщиков, и первые результаты могут рассматриваться как негативные. Важно смягчить эффект реструктуризации небольшими капитальными вложениями, чтобы повысить возможности учреждений. Небольшие косметические изменения, как побелка и покраска учреждений, могут служить наглядным примером положительных изменений в системе. Также, необходимо улучшить оснащенность медицинским оборудованием и провести клиническое обучение, чтобы повысить моральный дух медицинских работников и качество первичной медико-санитарной помощи в целом.

Изменение структуры является радикальным и дезориентирующим моментом и население должно быть готово к реформе здравоохранения. Это требует проведения комплексной кампании социального маркетинга, чтобы представить видение реформы здравоохранения таким образом, чтобы население видело, что в конечном итоге оно выиграет от осуществления реформы здравоохранения. Кампания социального маркетинга должна дать разъяснение новых структур СВА и поэтапного процесса реформы здравоохранения, который в результате завершится предоставлением права свободного выбора поставщиков медицинских услуг. Кампания социального маркетинга также предоставит шанс начать процесс формирования здорового образа жизни.

Эта деятельность создаст основу для значительного этапа реформы: кампании свободного прикрепления. Населению будет предоставлен свободный выбор СВА для прикрепления. Свободное прикрепление требует длительного периода подготовки. Во-первых, общая маркетинговая кампания, которая дополняет этап реструктуризации, дает разъяснение целей реформы здравоохранения. Это включает использование всех возможных каналов массовой информации, таких как газета, радио и телевидение. Журналисты проходят обучение через семинары. По завершении реструктуризации начинается второй этап. Назначается дата проведения кампании по прикреплению и выбираются пункты регистрации. Подготавливается информация по всем СВА, включая схемы расположения СВА и брошюры. Затем население

будет участвовать в кампании по прикреплению к СВА, что должно быть демократичным процессом.

Система свободного прикрепления в секторе первичной медико-санитарной помощи имеет глубокое влияние на взаимоотношения учреждений первичной медико-санитарной помощи и сообщества. Врачи учреждений первичной медико-санитарной помощи должны поощрять пациентов выбирать свои учреждения, а не ждать, пока пациенты сами не придут и не прикрепятся к учреждению, только потому что они проживают в определенном районе. В результате врачам необходимо начать активную деятельность в сообществе, например, посещать школы и производство.

После того, как новая система финансирования начнет применяться, необходимо провести дополнительную работу по повышению участия сообщества в работе медицинских учреждений. Во-первых, использовать учреждение первичной помощи в качестве центра по формированию здорового образа жизни для обучения населения. Например, клиники могут использоваться для обучения беременных женщин воспитанию детей, грудному вскармливанию или предоставления информации о диарейных заболеваниях у детей.

Вторым методом повышения активности сообщества является использование программы малых грантов, направленной на поощрение сотрудничества в секторе здравоохранения между СВА или сообществом. Например, в Узбекистане программа малых грантов была разработана для того, чтобы связать учреждения первичной помощи с Махаллой, форма социальной организации в Узбекистане, существовавшая до советской системы. Программа грантов требует оказания значительной технической помощи. Врачи и население нуждаются в обучении по общественному здравоохранению, чтобы понять каким образом учреждение первичной помощи и сообщество могут работать вместе для решения проблем здравоохранения. В случае с Узбекистаном, большинство малых грантов было выделено для осуществления проектов по водоснабжению, т.е. по снабжению кишлаков чистой питьевой водой, и проектов по репродуктивному здоровью.

Кроме создания устойчивой системы здравоохранения, реформа здравоохранения имеет целью улучшение здоровья населения. Реформа здравоохранения является одним из элементов процесса создания цивилизованного и демократичного общества. Свободное прикрепление является процессом демократизации, в ходе которого пациенты будут выбирать поставщиков. Это должно будет укрепить взаимоотношения врача и пациента и восстановить социальную справедливость.

Необходимо оказать поддержку медицинским работникам в процессе реформы здравоохранения. Это требует сильной профессиональной организации, особенно в секторе первичной медико-санитарной помощи. Традиционно сектор первичной помощи рассматривался как профессионально слабое звено системы здравоохранения. Врачи сектора первичной помощи были частью большой профессиональной организации, в которой доминировали врачи стационаров.

Новые учреждения первичной медико-санитарной помощи, будучи хозяйствующими субъектами, нуждаются в новой профессиональной организации, которая повысила бы их престиж, стала бы средством выражения и защиты их прав и интересов и оказывала бы помощь учреждениям первичной помощи, являющихся членами этой организации. Создание неправительственных организаций (НПО) будет не только способствовать процессу реформ, но и усилит общество. Профессионалы здравоохранения, в частности врачи, являются опорой сообщества, особенно в сельском регионе, в котором они являются одними из немногих, имеющих высшее образование. Усиление их роли в сообществе и создание НПО в секторе здравоохранения для защиты интересов и прав, позволит создать более сильное гражданское общество, способствующее переходу к демократии. ЮСАИД оказывал поддержку НПО, созданным в секторе здравоохранения посредством выделения малых грантов и осуществления различной деятельности, но дополнительную работу все еще необходимо проводить.

Следующие шаги

1. Расширить кампанию свободного прикрепления.

2. Провести больше работы по формированию здорового образа жизни учреждениями первичной помощи (СВА). Обеспечить большим количеством учебных материалов. Обеспечить видеомагнитофонами и видеофильмами. Обучить медсестер по вопросам профилактики заболеваний и здорового образа жизни..

3. Обеспечить осуществление программы грантов для совместных проектов медицинских учреждений и сообщества. Связать схемы выделения микро-кредитов с реформами здравоохранения, используя СВА в качестве точки пересечения в схеме, по вопросам формирования здорового образа жизни.

4. Укрепить такие НПО в секторе здравоохранения, как Ассоциация СВА и Ассоциация больниц. Они, по возможности, должны иметь связь с международными профессиональными организациями.

Институциональная структура и функции сектора здравоохранения

Роль Министерства здравоохранения (МЗ) в странах Центральной Азии определяется исторически сложившейся институциональной структурой и отношениями между министерствами, существовавшими в условиях прежней советской системы. Министерство здравоохранения, равно как и все другие министерства, незначительно влияло на принятие решений по распределению ресурсов, что естественно ограничивало его роль в части планирования и определения политики. В результате, в настоящее время Министерства здравоохранения Центральной Азии наделены слабой политической функцией и возможностями, а реформе здравоохранения часто препятствуют ограниченные возможности МЗ в части определения приоритетов и введения новых механизмов финансирования. В процессе дальнейшего осуществления реформ необходимо рассмотреть вопрос взаимоотношений Министерства здравоохранения и государственных финансовых органов, продолжая работать над укреплением политической функции Министерства здравоохранения и его самостоятельностью в части распределения ресурсов внутри сектора здравоохранения.

При советской системе бюджетного планирования, которая все еще в большинстве случаев имеет место в странах Центральной Азии, финансовые ресурсы распределялись в соответствии с такими физическими мощностями, как число больничных коек. Принимая во внимание то, что физические мощности не определялись самим сектором здравоохранения, основные решения министерства здравоохранения и его ведомств по планированию капитальных вложений и созданию физических мощностей в секторе должны были согласовываться с центральным плановым управлением. Министерство здравоохранения не имело больших возможностей или стимулов определять стратегию для достижения таких задач сектора, как улучшение состояния здоровья населения и использование ресурсов более затрато-эффективным путем.

В советское время Министерство экономики (МЭ) было ответственно за принятие большинства финансово-политических решений посредством разработки пятилетних планов. Министерство финансов (МФ) отвечало, в основном, за распределение финансовых средств в соответствии с директивами МЭ и финансовую отчетность. После развала Советского Союза Министерство экономики было в значительной степени дискредитировано и во всех странах Центральной Азии оно было либо объединено с Министерством финансов, либо вовсе упразднено. Это привело к образованию вакуума в государственной финансовой структуре. В секторе здравоохранения Министерство финансов взяло на себя функции заполнения этого вакуума. Поэтому процесс формирования бюджета, системы финансирования поставщиков медицинской помощи и системы казначейства (существующие в Казахстане и Кыргызстане, но отсутствующие в Узбекистане) продолжают функционировать не только в части распределения государственных финансовых средств, их учета и отчетности, но также и для определения политики и приоритетов в секторе здравоохранения.

Страны Центральной Азии начали процесс определения политической функции и приоритетов в здравоохранения. Однако, поскольку в Министерстве здравоохранения между политической функцией, определением приоритетов и процессом формирования бюджета существует незначительная связь, выработка политики в секторе здравоохранения значительно затруднена. Например, Министерство здравоохранения может выработать политику по укреплению сектора первичной медико-санитарной помощи и переместить ресурсы в данный сектор. Однако Министерство финансов не принимает во внимание эту политику при формировании бюджетов, что свидетельствует об отсутствии связи между политикой здравоохранения и распределением ресурсов здравоохранения. Каково решение данной проблемы? В идеальном варианте Министерство здравоохранения должно определять политику здравоохранения и должно иметь достаточно возможностей распределять свои ресурсы, учитывая высоко приоритетные сферы, а Министерство финансов должно сохранить функцию по учету финансовых средств и отчетности.

Каким образом можно разрешить данную ситуацию? Существует ряд предпосылок, необходимых для увеличения возможностей Министерства здравоохранения в части определения и осуществления политики здравоохранения. Во-первых, аккумулирование ресурсов здравоохранения, которое более детально обсуждается в другом документе, является важным для осуществления последовательной и интегрированной политики здравоохранения. Аккумулирование финансовых ресурсов здравоохранения связано с созданием объединенного бюджета здравоохранения на всех уровнях сектора, а именно, городских и районных, которые обычно распоряжались отдельными бюджетами. Вопрос аккумулирования ресурсов здравоохранения касается не только отношений между Министерство здравоохранения и Министерством финансов, но также и их роли на национальном и региональном уровнях. В некоторых странах законы о местном самоуправлении позволяют децентрализовать функцию управления, обеспечивая местные органы управления большими полномочиями. Несмотря на всю важность преследуемых целей, введение самоуправления на местном уровне влечет за собой ряд не предполагаемых последствий в секторе здравоохранения. Поскольку полновесная система предоставления медицинских услуг не может поддерживаться на районном уровне, предоставление медицинских услуг не может являться функцией, соответствующей районным органам управления. Именно областной уровень является соответствующим государственным уровнем для управления здравоохранением. Законы о самоуправлении должны быть уточнены функциональной спецификацией - определением того, какие услуги должны управляться на каком государственном уровне.

Во-вторых, необходимо прекратить использование нормативов для формирования бюджетов. Ответственностью Министерства финансов является определение общего объема ресурсов, которые могут быть направлены на здравоохранение. Однако после принятия этого решения ресурсы должны выделяться общей суммой сектору здравоохранения, который путем принятия политических решений определит, какие услуги или функции являются высоко приоритетными, и создаст аккумулированный фонд ресурсов или программные бюджеты, чтобы осуществить политические решения.

Кроме того, если Министерство финансов передаст средства Министерству здравоохранения для их дальнейшего распределения в соответствии с приоритетами сектора здравоохранения, Министерство здравоохранения должно будет иметь возможность функционировать в качестве покупателя медицинских услуг. После определения программ Министерства здравоохранения можно будет использовать новые системы финансирования поставщика медицинских услуг для распределения финансовых ресурсов боле затрато-эффективным путем. Это позволит Министерству здравоохранения отойти от ежедневного контроля операционной деятельности поставщиков медицинских услуг к определению политики и приоритетов, переместив акцент от процессов к результатам. Развитие такой возможности требует структурной перестройки Министерства здравоохранения для осуществления других функций, разработки процесса выработки политики и увеличения технических возможностей кадров. Министерству здравоохранения необходимо создать процесс выработки политики в качестве институционального приоритета и развить лучшие возможности для выработки политики.

В-третьих, что касается институциональной реструктуризации Министерства здравоохранения, которая более подробно рассматривается в других документах, советская система была чрезмерно специализирована. Это находит отражение в структуре Министерства здравоохранения. Важно осуществить структурные изменения в Министерстве здравоохранения, что позволит изменить в нужном направлении и систему обеспечения медицинской помощи, акцентируя, в частности, внимание на сектор первичной медико-санитарной помощи.

И наконец изменение роли и ответственности Министерства здравоохранения требует развития исследовательской и аналитической функций. Министерству здравоохранения необходимо иметь возможность собирать и анализировать данные для правильного определения политики. Поскольку еще не совсем ясно, кто должен осуществлять эту функцию, существует мнение о

целесообразности создания Школы общественного здравоохранения/управления здравоохранением с подразделением по исследованию политики здравоохранения.

В заключение, цель реформы здравоохранения заключается в том, чтобы предоставить Министерству здравоохранения больше полномочий посредством укрепления его возможностей определять политику и приоритеты сектора здравоохранения. Выполнение этой задачи требует решения вопроса об аккумулировании средств здравоохранения и отслеживании финансовых потоков, прояснения отношений между различными министерствами и уровнями государственного управления, реструктуризации Министерства здравоохранения и увеличения его возможностей в части осуществления новых функций и создания исследовательских и аналитических мощностей в секторе здравоохранения.

Финансирование здравоохранения

Финансирование здравоохранения является необходимым, но недостаточным компонентом любой программы реформирования здравоохранения. Вопрос финансирования здравоохранения не может решаться отдельно, а должен быть интегрирован с реструктуризацией системы обеспечения медицинской помощи, изменением медицинской практики, увеличением возможностей медицинских работников, развитием информационных систем и привлечением населения. Решение каждого вопроса в отдельности малоэффективно, поэтому все элементы реформы здравоохранения должны быть интегрированы в одну комплексную программу.

Вопросы финансирования здравоохранения по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы в стране между конкурирующими целями в экономике в целом и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов для распределения ресурсов на достижение высокоприоритетных целей. «Высокоприоритетные цели» определяются, с одной стороны, политическими решениями, отражающими общие ценности общества, а именно, значение, которое придает государство здоровью населения и развитию здравоохранения по сравнению с другими отраслями экономики, и более объективными критериями, как, например, частью, определяемой более объективными мерилами ценности соотношения полученных результатов к затратам.

Решения по распределению ресурсов принимаются на пяти различных уровнях системы начиная от решения по общему объему ресурсов распределяемых сектору здравоохранения на государственном уровне, заканчивая определением объема финансирования каждого медицинского учреждения в отдельности. Финансовая политика здравоохранения определяет то, какие институты принимают решения по распределению ресурсов на каждом уровне и то, как принимаются эти решения. В советской системе, политика финансирования здравоохранения была неэффективной и в том как были разделены функции по распределению ресурсов между покупателями и поставщиками медицинских услуг, и в том как принимались решения по распределению ресурсов. Поэтому, большая часть деятельности по осуществлению реформы финансирования сектора здравоохранения в Центральной Азии была направлена на соответствующее разделение функции покупателей и поставщиков медицинской помощи по распределению ресурсов и изменение механизмов распределения ресурсов на всех уровнях системы.

Решения о распределение ресурсов сектору здравоохранения начинаются с определения общего объема государственных ресурсов, выделяемых на здравоохранение и являются политическими решениями. В дополнение, фиксированный объем ресурсов здравоохранения должен распределяться между всеми регионами, что также является политическим решением. В советской системе, все эти функции осуществлялись, и часто все еще осуществляются республиканским и областными политическими руководствами совместно с Министерством финансов.

После того, как ресурсы здравоохранения будут объединены в единый пул на уровне каждой области, ресурсы должны быть распределены по всем секторам системы здравоохранения: первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-поликлинической и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложения и управлению. Ресурсы также должны быть распределены по медицинским учреждениям каждого звена системы здравоохранения, а затем по результатам деятельности внутри медицинских учреждений. В советской системе все эти решения принимались Министерством здравоохранения, но при большом влиянии процесса формирования бюджета Министерством финансов, который основывался на физических мощностях (см. «Институциональная структура и функции сектора здравоохранения»).

Таким образом, в советской системе, покупатель медицинских услуг, в лице политического руководства Министерства финансов и Министерства здравоохранения, принимал решения по распределению ресурсов. Поставщики медицинских услуг не могли контролировать ресурсы здравоохранения и поэтому не имели стимулов или возможностей заменять методы предоставления медицинских услуг на более эффективные и результативные. Следующий раздел представляет, как функции распределения ресурсов могут быть разделены между покупателем и поставщиками медицинских услуг, чтобы создать соответствующие экономические стимулы, направленные на лучшее использование ограниченных ресурсов здравоохранения.

A. Разделение покупатель-поставщик

Разделение покупатель-поставщик является разделением обязанностей в процессе распределения и использования ресурсов здравоохранения между покупателем (на национальном или региональном уровнях) и поставщиком медицинских услуг. Разделение покупатель-поставщик может быть осуществлено посредством принятия нескольких различных политических решений, например, созданием системы медицинского страхования в качестве независимого покупателя медицинских услуг (см. «Медицинское страхование») или увеличением автономии и самостоятельности поставщиков медицинской помощи с сокращением контроля внутренней деятельности поставщиков со стороны Министерства здравоохранения (см. «Приватизация»).

При правильном разделении покупатель-поставщик, покупатель наделен полномочиями определять общий объем финансирования системы здравоохранения, географическое распределение финансовых средств и объем финансирования определенных видов медицинских услуг. Распределение ресурсов по видам медицинских услуг может быть осуществлено административным решением. При этом покупатель создает отдельные пулы ресурсов для каждого уровня системы здравоохранения на основе административных критерий. Либо решение может быть принято с учетом рыночных условий, с созданием более комплексного пула ресурсов, при которых конкуренция между различными частями системы здравоохранения определит окончательное распределение ресурсов.

Кроме того, покупатель медицинских услуг осуществляет функцию определения системы финансирования поставщика медицинских услуг, которая является механизмом создания покупателем стимулов для поставщика принимать решения по внутреннему распределению ресурсов. Системы финансирования поставщиков являются границей, за которой заканчиваются полномочия покупателя в части распределения ресурсов здравоохранения и вступают в силу полномочия поставщика или моментом, когда полномочия переходят от покупателя к поставщику (см. Документ «Система подушевого финансирования сектора первичной медико-санитарной помощи» и «Рационализация структуры и финансирования стационаров»).

Во-первых, покупатель медицинских услуг определяет объем ресурсов здравоохранения в системе и методы распределения ресурсов по всем секторам системы здравоохранения. Следующий этап принятия решений включает распределение ресурсов между поставщиками, предоставляющими различные виды медицинских услуг, например, методы распределения аккумулированных ресурсов стационаров по больницам. На этом этапе покупатель медицинских услуг является только пассивным дистрибьютором финансовых средств. Покупатель уже определил системы финансирования и поэтому теперь должен просто распределять ресурсы, заработанные поставщиками медицинских услуг, посредством предоставления услуг в ответ на стимулы покупателя. Существующие поставщики медицинской помощи, конкурируя друг с другом, определяют распределение ресурсов по учреждениям внутри каждого сектора системы здравоохранения.

Последним этапом принятия решений по распределению ресурсов являются методы внутреннего распределения поставщиками ресурсов, заработанных в результате предоставления медицинской помощи по таким физическим мощностям, как персонал, лекарственные препараты и

оборудование, а также по таким результатам, как пакет медицинских услуг. На данном этапе поставщик распределяет ресурсы в соответствии с потребностями организации, вызванными желанием поставщика соответствовать стимулам покупателя для того, чтобы лучше конкурировать и отвечать требованиям по квалификации для получения лучшего финансирования.

Распределение ресурсов здравоохранения

Решения покупателя	
1.	Первый этап- принятие решения по объему государственных (на национальном и региональном уровнях) ресурсов, распределяемого сектору здравоохранения.
2.	Второй этап - принятие решения по методам сбора ресурсов на национальном уровне и их географическом распределении по областям, городам и районам.
3.	Третий этап - распределение ресурсов по видам медицинских услуг - первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-специализированной и диагностической помощи, стационарной помощи, общественному здравоохранению, образованию и исследованиям, капитальным вложениям и управлению.
Системы финансирования поставщиков медицинской помощи	
Решения поставщиков медицинской помощи	
4.	Четвертый этап - распределение ресурсов между поставщиками внутри каждого сектора системы здравоохранения.
5.	Пятый этап - распределение поставщиком ресурсов по физическим мощностям и результатам.

Таким образом, разделение покупатель-поставщик *разделяет полномочия* по вопросам распределения и использования ресурсов здравоохранения, но *сохраняет целостность* процесса распределения и использования ресурсов здравоохранения посредством применения систем финансирования поставщиком медицинской помощи. Разделение покупатель-поставщик является горизонтальным разделением между 3-м и 4-м уровнями функции финансирования здравоохранения. Оно не является вертикальным разделением, когда такие два государственных покупателя медицинских услуг, как фонд страхования и Министерство здравоохранения, осуществляют все пять функций или этапов финансирования. Вертикальное разделение не является эффективным и результативным, поскольку предусматривает дублирование функций. Разделение покупатель-поставщик является техническим элементом в процессе распределения и использования ресурсов. Однако, оно является абсолютно важным условием успеха реформы национальной системы здравоохранения.

Почему разделение покупатель-поставщик так важно? Существует ряд причин, некоторые из которых можно сформулировать следующим образом:

- Разделение способствует развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг, поскольку обеспечивает стимулами тех поставщиков, которые достигают лучших результатов;

- Разделение позволяет поставщикам контролировать результаты своей работы и могут повышать свой объем финансирования посредством предоставления качественных услуг;

- Разделение позволяет покупателю контролировать поставщиков, чтобы они были ответственными за достижение желаемых результатов.

Реформа финансирования, направленная на более соответствующее распределение функций распределения ресурсов между покупателем и поставщиком, повысит эффективность и результативность системы и позволит использовать скудные ресурсы здравоохранения по наиболее приоритетным направлениям, если только будут существовать соответствующие условия, позволяющие свободно перемещать ресурсов внутри системы. В странах Центральной Азии, способность покупателей и поставщиком медицинской помощи перемещать ресурсы здравоохранения ограничена.

Гибкость покупателя медицинских услуг в части принятия решений по распределению ресурсов сдерживается фрагментированными бюджетами здравоохранения, которые формируются на областном, городском и районном уровнях. Это ограничивает способность покупателя распределять ресурсы географически по уровнями здравоохранения наиболее эффективным и результативным путем. Покупатели медицинских услуг должны быть способны аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне, чтобы использовать возможность принимать решения по распределению своих ресурсов в целях повышения равномерности, рационализации системы предоставления медицинских услуг и применять эффективные системы финансирования поставщиков медицинской помощи (см. «Аккумулирование ресурсов здравоохранения»).

Гибкость покупателей медицинских услуг в части распределения ресурсов ограничена по причине того, что они получают финансирование и должны расходовать эти средства в соответствии с фиксированными статьями бюджета. Гибкость медицинских учреждений ограничена в части перераспределения ресурсов по статьям бюджета, и это означает, что они не будут в достаточной степени реагировать на стимулы системы финансирования покупателя медицинских услуг. Новые методы финансирования поставщиков медицинской помощи, создающие более сильные экономические стимулы, должны сопровождаться большей степенью автономии в части принятия решений по адаптации деятельности и расходованию их ресурсов в соответствии со своими потребностями.

B. Следующие шаги

В заключение, существуют три основных направления, которые были определены в начале реформы политики финансирования в странах Центральной Азии и должны соблюдаться с целью повышения эффективности и результативности систем здравоохранения.

- Во-первых, разделение функций по распределению ресурсов покупателей и поставщиков медицинской помощи, с применением новых методов финансирования в качестве точки пересечения.

- Во-вторых, аккумулирование ресурсов здравоохранения на географическом уровне, не меньше размера области. Это значит, что все районные, городские, областные и республиканские ресурсы должны аккумулироваться в единый бюджет.

- В-третьих, предоставление большей автономии поставщикам медицинской помощи, позволив покупателю распределять ресурсы, а поставщику затрачивать средства без бюджетных статей.

Аккумулирование ресурсов здравоохранения

В советский период поток финансирования здравоохранения в странах Центральной Азии был связан с процессом формирования бюджета Министерством финансов. Бюджеты здравоохранения формировались на уровне каждого местного органа управления, который финансировал и владел медицинскими учреждениями в рамках своей юрисдикции. Такое дробление бюджетов здравоохранения вело к дублированию в системе здравоохранения и препятствовало результативному и равномерному перераспределению ресурсов здравоохранения. При полном финансировании сектора здравоохранения в советский период, влияние дублирования и неэффективности возникавших по причине фрагментированного процесса формирования бюджета, не ощущался в полной мере. Однако, поскольку ресурсы здравоохранения в странах Центральной Азии значительно сократились, необходимо консолидировать и аккумулировать эти ограниченные ресурсы таким образом, чтобы распределять и управлять ими более результативно.

Для аккумулирования ресурсов здравоохранения все государственные средства, выделяемые для финансирования медицинской помощи, оказываемой населению каждого отдельного региона, объединяются в единый бюджет. Ресурсы здравоохранения должны аккумулироваться горизонтально по всем секторам системы здравоохранения и вертикально по уровням местных органов управления регионов. Для достижения наибольшей эффективности, аккумулирование средств здравоохранения должно производиться не ниже, чем на уровне области. Почему в секторе здравоохранения необходимо горизонтальное и вертикальное аккумулирование средств на уровне области? Существует пять основных причин, обсуждение которых представлено ниже.

Во-первых, разница в объемах подушевого финансирования как внутри каждой отдельной области, так и между ними очень большая. В частности, существует большая разница в объемах подушевого финансирования между городами и районами. Эта разница в объемах подушевого финансирования происходит из исторически сложившихся структур бюджетных ассигнований, которые обусловливались относительной политической и экономической властью различных местных органов управления, а не потребностями населения в медицинской помощи. Аккумулирование ресурсов на областном уровне необходимо для осуществления регионального механизма распределения средств, который бы позволил равномерное распределение средств на основе потребностей здравоохранения.

Во-вторых, государственное финансирование медицинской помощи является механизмом страхования или путем распределения рисков экономических убытков, связанных с медицинскими проблемами отдельных групп населения. Распределение всех экономических рисков позволяет повысить предсказуемость потенциальных убытков и перераспределять незапланированные затраты. Распределение рисков важно по нескольким причинам. Во-первых, чем больше рисковый пул, тем более предсказуемы эти риски и больше вероятность правильной оценки вероятных убытков. Кроме того, распредление рисков на уровне района может быть недостаточным для генерирования достаточных ресурсов, чтобы покрыть даже предсказуемые убытки. И наконец, все механизмы медицинского страхования позволяют равномерно перераспределить затраты, связанные с лечением заболеваний, с больного на здоровое население, а раздробленный учет рисков не позволяет произвести такое перераспределение. Поэтому, финансирование здравоохранения и система оказания медицинской помощи, предусматривающая аккумулирование ресурсов на уровне местных органов управления, ослабляют страховую функцию системы здравоохранения, финансируемой из государственного источника, поскольку создают ограниченный рисковый пул, который не позволяет адекватно предсказать или перераспределить затраты, связанные с медицинскими проблемами.

Третьей причиной, в соответствии с которой целесообразно аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне, является то, что это позволит улучшить процесс

планирования в секторе здравоохранения. Если бюджеты здравоохранения фрагментированы, то лицам, определяющим политику здравоохранения, будет сложно точно оценить уровень финансирования. Другими словами они будут иметь недостаточно информации для определения приоритетов сектора здравоохранения и планирования капитальных вложений.

Четвертой причиной, в соответствии с которой целесообразно аккумулировать ресурсы здравоохранения на областном уровне является то, что это позволит создать цельную систему предоставления медицинской помощи. В настоящее время отдельные системы предоставления медицинской помощи существуют на каждом уровне: республиканском, областном, городском, районном и поселковом. Каждая система финансируется и оперирует различными правительственными учреждениями. Существование пяти параллельных систем вызывает значительное дублирование в секторе здравоохранения. Например, в областном центре наряду с областной детской больницей, существует городская детская больница, функций и объем предоставляемых услуг которых не имеет четкого разделения.

Существующая фрагментированная бюджетная система не обеспечивает стимулы для консолидирования системы предоставления медицинской помощи, поскольку любые средства, сэкономленные в одном секторе, например, за счет сокращения физических мощностей стационаров, не могут быть сохранены в данном секторе или переданы в другой сектор. Это значит, что сэкономленные средства должны быть изъяты из сектора здравоохранения. Поскольку уровень финансирования определяется нормативами, относящимися к таким производственным мощностям, как количество коек, то средства, сэкономленные в результате сокращения коечного фонда, не реинвестируются, а изымаются из сектора здравоохранения. Такое положение вещей не будет иметь места при аккумулировании ресурсов. Пул остается неизменным, даже если осуществляется рационализация медицинских учреждений или сокращается коечный фонд стационаров. Существующая практика формирования бюджетов не мотивирует поставщиков медицинских услуг осуществлять рационализацию. Однако создание пула устранит этот ошибочный стимул и позволит более легко и благоприятно осуществить рационализацию сектора здравоохранения.

Вопрос реинвестирования средств, сэкономленных в ходе рационализации сектора здравоохранения, является важным, учитывая существующее недостаточное финансирование системы. В настоящее время во многих странах Центральной Азии на здравоохранение выделяется только от двух до трех процентов внутреннего валового продукта (ВВП). Общий уровень финансирования здравоохранения слишком мал, если принять во внимание, что обычно на здравоохранение выделяется от шести до девяти процентов ВВП. Поэтому аккумулирование ресурсов является важным, поскольку позволит сохранить в секторе здравоохранения ресурсы, сэкономленные в ходе рационализации.

Пятой причиной аккумулирования ресурсов здравоохранения является введение новых систем финансирования поставщиков медицинских услуг, с целью повышения эффективности сектора здравоохранения. Вертикальное и горизонтальное аккумулирование ресурсов здравоохранения позволит отойти от традиционных методов формирования бюджетов и распределять финансовые средства на основе новых систем финансирования в соответствии с деятельностью медицинских учреждений и потребностями населения в медицинской помощи. Аккумулирование средств на географическом уровне не меньше области необходимо для новых систем финансирования, чтобы создать условия для конкуренции, предусматривающую стабильные цены и свободное перемещение ресурсов внутри системы.

Поскольку при новых системах финансирования средства выделяемые поставщикам медицинских услуг будут определяться не такими производственными мощностями, как количество коек, а медицинскими услугами, предоставляемыми населению, необходимо разрешить, чтобы в системе деньги следовали за пациентом. При конкуренции пациенты перемещаются между поставщиками медицинских услуг различных уровней системы и по районам и городам. Пациенты, вместе со

своим врачом первичной медико-санитарной помощи, выбирают поставщика медицинской помощи на основе качества, стоимости и удобства предоставляемых услуг, а средства «следуют» за пациентом к поставщикам, которые были ими выбраны. Конкуренция, основанная на выборе, создает свободное перемещение ресурсов по региону и уровням системы, что невозможно, если ресурсы не будут аккумулироваться на уровне области.

В дополнение, если поставщики медицинских услуг по уровням системы и регионам собираются конкурировать за получение ресурсов при новой системе финансирования, они должны получать одинаковые средства на предоставление одинаковых услуг. Если ресурсы аккумулируются на уровне меньше области, одни и те же услуги будут финансироваться по разному в различных районах или городах. Справедливая конкуренция будет невозможна, потому что учреждения более состоятельных регионов, получая лучшее финансирование могут предоставлять услуги лучшего качества и привлечь больше пациентов из других регионов. Эта практика постоянно имеет место, поскольку сельское население часто обращается в областной центр, минуя центральную районную больницу. Поэтому стабильные цены необходимы медицинским учреждениям, чтобы конкурировать по качеству предоставляемых услуг, а эффективность может быть достигнута только если ресурсы здравоохранения будут аккумулироваться на областном уровне.

В заключение, одной из основных целей реформы здравоохранения является улучшение процесса распределения скудных ресурсов здравоохранения с целью повышения результативности и качества системы. Это требует рационализации системы предоставления медицинский помощи и введения новых систем финансирования, что создает возможности для поставщиков обеспечивать медицинскую помощь более затрато эффективным путем, высокого качества с привлечением большего числа пациентов. Вертикальное и горизонтальное аккумулирование ресурсов здравоохранения на областном уровне является важным условием для достижения этих целей. Аккумулирование ресурсов также необходимо для повышения равномерности и справедливости в системе, потому что оно позволяет распределять ресурсы здравоохранения в соответствии с потребностями населения, посредством применения географических механизмов и новых методов финансирования поставщиков медицинских услуг.

Медицинское страхование

В советский период, сектор здравоохранения финансировался из доходной части государственного бюджета, а бюджет здравоохранения составлял приблизительно шесть процентов от ВВП. Несмотря на то, что уровень финансирования здравоохранения в общем был достаточным, он зависел от изменений в политическом процессе, поскольку в советской системе здравоохранение не являлось приоритетом.

После развала бывшего Советского Союза (БСС), финансирование сектора здравоохранения сократилось от двух до трех процентов от ВВП, который в свою очередь снизился на пятьдесят процентов. Этот обвал бюджетного финансирования привел к недостаточному финансированию сектора здравоохранения всех стран и побудил их изыскивать другие пути финансирования медицинской помощи.

Многие страны БСС отреагировали на сокращение уровня финансирования здравоохранения созданием систем медицинского страхования. Среди них Казахстан, Кыргызстан, Россия, Эстония, Грузия и Армения. Украина, Узбекистан и Таджикистан в настоящее время разрабатывают планы по созданию систем медицинского страхования.

Создание медицинского страхования явилось очень целесообразной мерой в ответ на необходимость увеличения уровня финансирования здравоохранения, равно как и диверсификации источников финансирования с целью повышения стабильности финансирования сектора здравоохранения. Созданные системы медицинского страхования финансировались за счет выплат из фонда заработной платы и обычно составляло два или три процента в дополнение к двум или трем процентам от ВВП. Новая институциональная структура, Фонд медицинского страхования (ФОМС), была создана, чтобы управлять системой медицинского страхования. Создание дополнительного источника финансирования сектора здравоохранения является феноменом, который имел место во многих странах мира со средним доходом. Несмотря на то, что страны Центральной Азии не являются странами со средним доходом, инфраструктура их систем здравоохранения очень развита (фактически чрезмерно развита).

Системы медицинского страхования Центральной Азии успешно осуществляли деятельность, направленную на повышение эффективности сектора здравоохранения. ФОМС имеют основные технические требования, необходимые для ввода новых систем финансирования поставщиков медицинских услуг с целью повышения эффективности сектора здравоохранения. Этим техническим требованием является аккумулирование ресурсов и распределение финансовых средств без статей бюджета (см. «Аккумулирование ресурсов»). Постатейный бюджет не позволяет поставщикам медицинских услуг перераспределять ресурсы по статьям, что сокращает способность поставщиков распределять ресурсы эффективно и результативно.

ФОМС (по крайней мере в краткосрочный период) являлся агентом изменений, начавшим адаптацию сектора здравоохранения к новым условиям, которые возникли после развала БСС. Они привнесли энергию, энтузиазм и техническую экспертизу в сектор здравоохранения.

Различные доноры, включая ЮСАИД, ВОЗ и GTZ оказали техническую помощь странам Центральной Азии по вопросам медицинского страхования. Эта поддержка помогла Казахстану и Кыргызстану создать системы медицинского страхования. Однако необходимо продолжить оказание технической помощи для того, чтобы решить проблемы, возникшие в странах, создающих медицинское страхование, и использовать полученный опыт в процессе выработки политики таких стран, планирующих ввод медицинского страхования, как Узбекистан и Таджикистан.

Существуют проблемы, которые возникли и продолжают возникать в ходе создания медицинского страхования. Несмотря на то, что основная причина создания медицинского страхования с целью повышения уровня финансирования сектора здравоохранения являлась обоснованной, механизмы могли и не быть таковыми, поскольку ввод медицинского страхования создал в секторе здравоохранения концептуальную и операционную проблемы.

Концептуально медицинское страхование являлось только механизмом сбора налога, позволяющего получение дополнительных ресурсов сектором здравоохранения, и не выполняло страховую функцию по защите от риска. В дополнение, новые системы медицинского страхования не разработали четких пакетов медицинских услуг, не сопоставили поступления (налоги) с затратами и не управляли процессом предоставления услуг. Медицинское страхование рассматривалось только как способ получения больших ресурсов существующей системой и не влияло на систему предоставления медицинской помощи. Важно продолжить уточнение целей, принципов, политики и программных элементов медицинского страхования в Центральной Азии.

Другим очень важным концептуальным и политическим вопросом является универсальное страхование. Системы медицинского страхования сегментировали население на застрахованных и не застрахованных. Похоже, что со временем, наиболее привилегированное население будет охвачено медицинским страхованием, а незащищенное население будет охвачено за счет бюджета Министерства здравоохранения. Разница в страховании и уровне предоставляемой медицинской помощи будет расти. Основным преимуществом советской системы являлся всеобщий охват населения. Важно сохранить всеобщий охват, потому что, однажды утратив, его будет сложно восстановить. Данный вопрос необходимо рассмотреть в последующие пять лет, поскольку сектор здравоохранения, развиваясь, отходит от универсального охвата.

Операционно введение медицинского страхования создало основные проблемы в секторе здравоохранения. Эти проблемы можно распределить по таким категориям, как уровень финансирования, ошибочная интерпретация концепции разделения покупатель/поставщик и вопросы институциональной структуры.

Первая проблема касается уровня финансирования. Основная задача ввода медицинского страхования была связана с повышением уровня финансирования сектора здравоохранения. Однако некоторые страны отреагировали на введение налога на медицинское страхование с фонда заработной платы сокращением бюджета сектора здравоохранения. В результате не было повышения уровня финансирования и результативного сокращения из-за появления административных затрат ФМС. В последующие пять лет важно, чтобы страны Центральной Азии выработали стратегию и тактику относительно общего уровня финансирования здравоохранения и определили наиболее соответствующие источники финансирования.

Второй операционной проблемой ввода медицинского страхования является ошибочная интерпретация концепции разделения покупатель/поставщик. Экономическая ситуация в БСС требует перехода к рыночной экономике. Предполагалось, что введение медицинского страхования отделит покупателя медицинских услуг от поставщика, чтобы создать конкуренцию и повысить эффективность сектора здравоохранения. В советское время Министерство здравоохранения вместе с Министерством финансов было монополистом сектора здравоохранения, выступая в качестве и покупателя, и поставщика, поэтому это изменение было концептуально сложным.

ФОМС был новым правительственным ведомством, созданным для осуществления медицинского страхования и отделения покупателя медицинских услуг от поставщиков. Предполагалось, что ФОМС станет покупателем, а Министерство здравоохранения станет поставщиком медицинских услуг. Поэтому, таким образом произошло бы разделение покупатель/поставщик.

Однако, созданный ФОМС неправильно отделил поставщиков и покупателя. Министерство здравоохранения является не поставщиком медицинских услуг, а покупателем, в то время как стационары и поликлиники являются поставщиками медицинских услуг. Министерство здравоохранения получает бюджетные ассигнования от Министерства финансов для предоставления медицинские услуги населению. Создание нового ФОМС привело к образованию двух государственных покупателей, что стало причиной путаницы и некоординированной политики здравоохранения и не привело к отделению покупателя от поставщика.

Другими словами, создание ФОМС привело к вертикальному разделению и возникновению двух покупателей медицинских услуг, в то время как целью отделения покупателя от поставщика являлось горизонтальное разделение и большая автономия поставщиков. Разделение покупатель-поставщик должно произойти через введение новых систем финансирования поставщика медицинских услуг. Новые системы финансирования поставщика утвердят роль покупателя медицинских услуг и предоставят поставщикам большую автономию и позволят управлять распределением ресурсов в секторе здравоохранения более эффективно и результативно. Данный вопрос в настоящее время рассматривается в странах, которые уже ввели медицинское страхование, но все еще не обрел четкого очертания в странах, планирующих введение медицинское страхование.

И последняя операционная проблема касается институциональной структуры сектора здравоохранения. Новое ведомство, ФОМС, состоит из республиканского ФОМС с подразделениями в каждой области. Другими словами, новая институциональная структура была создана в секторе здравоохранения, чтобы существовать параллельно с Министерством здравоохранения.

Проблемой являлось (и все еще остается) то, что роль и отношения новой институциональной структуры, ФОМС и старой институциональной структуры, Министерства здравоохранения, не были определены. Это значит, что политика здравоохранения не координировалась – функции дублировались, административные затраты возросли, а реструктуризация сектора здравоохранения была затруднена. В настоящее время существует два источника информации, что затрудняет выработку политики; две системы финансирования поставщика медицинских услуг, создавшие противоречивые стимулы, и два пакета медицинских услуг, создавшие несправедливость и путаницу у населения. Поставщики были неспособны управлять финансированием из двух источников, а случаи мошенничества и злоупотреблений участились.

ФОМС был вторым государственным покупателем медицинских услуг, чья роль и отношения с первым государственным покупателем медицинских услуг (Министерством здравоохранения) были неясны, создавали путаницу, конфликты и дублирование. К сожалению, когда проблема или возможности определены, первой реакцией советской системы было и есть создание новой институциональной структуры. Этот опыт, касающийся новой институциональной структуры и ее развития, является предметом политического вмешательства.

Необходимо решить вопрос каким образом за короткий срок адаптироваться к обвалу системы финансирования сектора здравоохранения. В то же время необходимо начать развитие источников финансирования здравоохранения и институциональной структуры сектора здравоохранения, которая способствовала бы универсальному охвату населения и эффективному предоставлению медицинских услуг в долгосрочный период.

Похоже, что оптимальной долгосрочной институциональной структурой сектора здравоохранения в Центральной Азии является система единого плательщика, при которой Министерство здравоохранения, выступает в качестве единого плательщика или покупателя медицинских услуг. Система единого плательщика позволит координировать политику здравоохранения, сократить административные затраты и развить более эффективные системы предоставления медицинских услуг высокого качества и низкой стоимости населению. Вкупе с реструктуризацией системы

предоставления медицинских услуг и новыми системами финансирования поставщиков с целью повышения эффективности сектора здравоохранения, система единого плательщика должна привести к результативному предоставлению медицинский помощи всему населению.

В заключение, вопросы, которые необходимо рассмотреть в течение последующих пяти лет, включают следующее: как сохранить систему универсального охвата, какой уровень и источник финансирования являются адекватными для сектора здравоохранения, какова роль медицинского страхования и какой должна быть адекватная институциональная структура сектора здравоохранения. То, как развивается роль медицинского страхования и природа институциональной структуры сектора здравоохранения, имеет огромное значения и во многом определит структуру сектора здравоохранения через 25 лет.

Системы подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи

В советской системе здравоохранения специализированная помощь по сравнению с первичной помощью получала преимущественное финансирование, что в итоге создавало сильные стимулы к удержанию больных в стационаре. Само движение финансовых потоков в системе, метод оплаты ЛПУ и управление ресурсами способствовали непропорциональному распределению ресурсов, при котором первенство отдавалось специализированной помощи. Кроме того, финансовые стимулы такой системы, отсутствие механизмов отчетности перед обществом мешали развитию затрато- эффективной помощи, отвечающей нуждам пациентов. В результате такой системы финансирования сектор первичной помощи финансировался недостаточно, его возможности не использовались в полной мере, а учреждения первичной помощи не были заинтересованы в обеспечении большего объема и лучшего качества медицинских услуг населению. Новые системы оплаты медицинской помощи в Центральной Азии нацелены на решение этих проблем путем увеличения доли ресурсов, распределяемых в первичное звено, предоставления учреждениям первичной помощи большей самостоятельности в распоряжении своими ресурсами и введения финансирования, создающего материальные стимулы к наиболее полному удовлетворению нужд и потребностей пациентов, развитию профилактической деятельности и проведению мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Финансирование системы здравоохранения в странах Центральной Азии, унаследованное от советской системы, основывалось на нормативах производственных мощностей, как, например, количество больничных коек и штата. Эти нормативы исчислялись по таким выходным показателям, как количество койкодней и поликлинических посещений. Оплата ЛПУ по принципу гарантированного бюджета с учетом производственных мощностей и выходных показателей стимулировала повышение уровня госпитализации и среднего срока пребывания больного в стационаре, оставляя без должного внимания профилактическую медицину и ПМСП. Процесс финансирования из бюджета создавал стимулы к наращиванию мощностей поликлиник и стационаров, что приводило к строительству дополнительных зданий и расширению кадров на всех уровнях оказания помощи. Соответствующие финансовые ресурсы, направляемые в отрасль, оседали в секторе специализированной помощи, поскольку финансовые потоки действующей системы финансирования направлялись через стационары и поликлиники. В результате такой системы финансирования сектор ПМСП, как правило, получал менее 15% от общих ресурсов здравоохранения.

Поскольку ресурсами первичной помощи распоряжались главврачи стационаров и поликлиник, все решения по распределению финансовых средств и определению приоритетов в оказании медицинской помощи принимались в пользу специализированной помощи. Кроме того, выделенные ресурсы распределялись по жестким статьям бюджета, что еще более затрудняло гибкое использование имеющихся ресурсов и ограничивало самостоятельность лечебных учреждений в принятии управленческих решений. И, наконец, врачи первичной помощи не были подотчетны населению, поскольку у пациентов не было права выбора врача и инстанции, куда бы они могли обратиться в случае плохого обслуживания. Пациенты административно прикреплялись к лечебному учреждению по месту жительства. В условиях ограниченных лекарственных средств и материалов, необходимых для соответствующего диагностирования и лечения больных, ограниченных возможностей самостоятельного управления внутренними ресурсами и отчетности перед пациентами, функции учреждений первичной медико-санитарной помощи постепенно свелись к перенаправлению даже самых простых случаев лечения в специализированную помощь.

Новые методы финансирования лечебных учреждений являются частью комплексной реформы здравоохранения, нацеленной на коренное изменение роли ПМСП. Во многих регионах Центральной Азии, где уже идут реформы здравоохранения, финансовая реформа включает в себя

два компонента. Во-первых, учреждения ПМСП регистрируются как независимые юридические лица, что позволяет им открыть свои банковские счета и получать прямое финансирование, минуя больницы и поликлиники. Во-вторых, учреждения ПМСП оплачиваются по принципу подушевого финансирования, что представляет собой фиксированную помесячную сумму выплат учреждению первичной помощи на каждого зарегистрированного пациента. В некоторых городских регионах введение подушевого финансирования сопровождается свободным выбором учреждения ПМСП пациентом, что создает возможности для развития конкуренции между поставщиками услуг, повышения отчетности поставщика медицинских услуг перед пациентами и стимулирует повышение качества медицинских услуг. В сельских регионах, где эффективность свободного выбора поставщика медицинских услуг ограничена ввиду больших расстояний между учреждениями ПМСП, наряду с принципом подушевого финансирования также предусмотрены административные механизмы обеспечения качества. И, наконец, с введением новых систем финансирования появляется и новая специальность – менеджеры семейных практик, которые призваны привнести в работу семейных врачебных практик современные методы управления, позволяющие учреждениям первичной помощи грамотно оперировать в новых экономических условиях.

Одной из главных задач системы подушевого финансирования первичной помощи является перемещение ресурсов из стационарного сектора в первичную помощь. Система подушевого финансирования позволяет организации-покупателю медицинских услуг административным путем переместить ресурсы в первичное звено уже в процессе расчета подушевого норматива. В итоге сама система финансирования здравоохранения должна стимулировать роль рынка в распределении ресурсов между первичной помощью и остальными уровнями оказания медицинской помощи. При правильной организации системы финансирования, предусматривающей конкуренцию между поставщиками медицинских услуг и соответствующие экономические стимулы, финансовые потоки будут направляться в тот сектор здравоохранения, где они используются наиболее экономически эффективно, а именно, в сектор первичной помощи. Однако в ближайший период, с учетом ущемленного статуса первичной помощи в системах здравоохранения в странах Центральной Азии в целом, перераспределение ресурсов в первичное звено должно инициироваться волевым административным решением.

В ряде случаев подушевая ставка финансирования ПМСП рассчитывалась комбинированным методом учета затрат «снизу-вверх» и «сверху-вниз». Метод расчета *снизу – вверх* применяется с целью определения подушевых минимальных затрат на обеспечение основных услуг первичной помощи. Затем дальнейшее распределение ресурсов в первичную помощь определяется как фиксированный процент от общего государственного бюджета здравоохранения определенной территории на основе расчета затрат по методу *снизу-вверх*. Средний подушевой норматив далее рассчитывается как общий бюджет первичной помощи, деленный на общее количество населения территории. Подушевой норматив корректируется коэффициентами, учитывающими различия регионов в уровне потребностей в объеме медицинских услуг, например, половозрастными и географическими. Комбинация методов расчета затрат *снизу-вверх* и *сверху-вниз* обеспечивает такой механизм распределения ресурсов, при котором сохраняется нейтральность бюджета и связь с затратами на обеспечение услуг первичной помощи. Доля бюджетных средств, распределяемых в первичную помощь, является политическим вопросом и может со временем корректироваться по мере расширения услуг, предоставляемых первичной помощью, включая, например, лабораторные услуги, планирование семьи и иммунизацию. Кроме того, определение фиксированного процента распределения ресурсов в первичную помощь гарантирует, что в случае сокращения бюджета здравоохранения, финансирование сектора первичной помощи сократится пропорционально другим секторам системы здравоохранения.

Вторая цель введения подушевого финансирования заключается в стимулировании экономической и затратной эффективности использования финансовых ресурсов. В условиях системы подушевого финансирования учреждения первичной помощи оплачиваются не столько за

лечение уже заболевших пациентов, сколько за проведение профилактической работы, позволяющей поддерживать статус здоровья населения. Поддерживая здоровье своего контингента населения, учреждения первичной помощи (семейные практики) на сбереженные средства смогут приобретать лекарства и оборудование, расширять предоставляемые ими услуги. То есть, подушевое финансирование создает стимулы для развития профилактической медицины и способствует формированию здорового образа жизни населения.

Для достижения наибольшей экономической эффективности в распределении ресурсов очень важно, чтобы подушевое финансирование сопровождалось большей управленческой самостоятельностью, позволяющий более гибко оперировать в новых экономических условиях. Там, где возможно, система подушевого финансирования в странах Центральной Азии предусматривает распределение средств лечебным учреждениям без жесткой разбивки по статьям бюджета. При распределении финансирования лечебным учреждениям одной суммой лечебные учреждения более свободны в расходовании своих ресурсов наиболее затрато-эффективным способом. К сожалению, бесстатейное финансирование часто встречает сопротивление со стороны Министерства финансов и казначейства. В системе, где денежные средства идут через Министерство финансов и систему казначейства, самостоятельность учреждений ПМСП в распоряжении выделенными ресурсами ограничена, поскольку им необходимо согласовывать свои решения с финансирующими организациями и банками, что зачастую приводит к введению новых правил или исключениям из действующих правил. Поэтому в ходе реформ очень важно тесно работать с руководством задействованных министерств и ведомств, доводя до них суть целей проводимых реформ. Это позволит достичь консенсуса, позволяющего, с одной стороны, государственным органам сохранить контроль за использованием государственных ресурсов, а, с другой стороны, повысить самостоятельность поставщиков медицинских услуг.

Поскольку проводимые реформы повысили роль экономических стимулов в плане наиболее оптимального использования ресурсов, возникала необходимость в введении новой должности менеджера семейной практики во многих регионах Центральной Азии. Менеджеры семейных практик помогают главным врачам в подготовке финансовых и статистических отчетов, организации операционной деятельности практик и планировании. Кроме того, менеджеры практик проводят управленческий учет и анализ деятельности каждого сотрудника семейной практики. Например, в Жезказгане менеджеры практик ежемесячно проводят анализ по таким показателям, как количество пациентов, обслуженных каждым врачом практики, количество направлений к узким специалистам и стационары, количество вызовов скорой помощи, затраты, производимые врачом, и прочим медико-экономическим показателям. Полученная информация используется главврачами для оценки деятельности персонала, принятия управленческих решений и выплаты премий.

В условиях подушевого финансирования необходим баланс между стимулами, способствующими росту производительности труда, и стимулами к повышению качества оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности пациента. Эта задача решается наиболее эффективно введением права выбора врача пациентом и свободного прикрепления пациентов к учреждению ПМСП. В условиях свободного выбора врача учреждения ПМСП, зарегистрировавшие наибольшее количество населения, получают и больший объем финансирования по подушевому принципу. Стимул к поддержанию высокого качества медицинской помощи и удовлетворению потребностей пациента уравновешивает такой стимул, присущий системе подушевого финансирования, как стремление сократить объем предоставляемой помощи и соответствующие затраты. В сельских регионах, где свободный выбор врача ограничен, а свободное прикрепление населения проблематично, подушевое финансирование часто подкрепляется системой административного контроля и обеспечения качества медицинской помощи, как, например, системой материального поощрения или наказания. Деятельность семейных практик анализируется по индикаторам качества, а оплата труда (наложение штрафов) осуществляется по результатам деятельности.

Следующие шаги

Реформа ПМСП в странах Центральной Азии достигла значительных результатов. Система подушевого финансирования признается наиболее оптимальной для первичной помощи. Однако предстоит сделать много работы по дальнейшему совершенствованию и введению систем подушевого финансирования, а также их интеграции с методами финансирования других уровней оказания медицинской помощи. Кроме того, реформа финансирования ПМСП в странах Центральной Азии делает особый упор на изменении системы оплаты труда работников первичной помощи. Новые финансовые стимулы не смогут дать ожидаемого эффекта, если их введение не станет ощутимым для каждого отдельного медицинского работника. Поэтому необходимо разрабатывать системы дифференцированной оплаты труда персонала, которые бы позволяли руководителям семейных практик соотносить вклад каждого работника с его заработной платой.

И, наконец, система подушевого финансирования ПМСП позволяет обеспечить справедливое распределение ресурсов в системе здравоохранения, поскольку каждый человек, независимо от места проживания, имеет доступ к одинаковому объему ресурсов здравоохранения, выделенных на одного человека. Ныне действующие системы подушевого финансирования во многих случаях учитывают различия между регионами, а также городской и сельской местностью. Система подушевого финансирования с применением отдельного подушевого норматива для конкретных районов и городов во многих случаях является наиболее осуществимой с политической точки зрения, поскольку не предполагает вынужденного перемещения ресурсов из одного административно-географического региона в другой с самостоятельными бюджетами здравоохранения. На следующем этапе реформ в странах Центральной Азии необходимо работать над вопросом более справедливого и равномерного распределения ресурсов здравоохранения через систему подушевого финансирования путем аккумулирования ресурсов на более высоких административных уровнях, например, областном. При этом, все семейные практики области финансировались бы по единому подушевому нормативу с единственной поправкой на различия в объеме медицинской помощи, потребляемой различными категориями населения.

Рационализация структуры стационарного сектора и его финансирования

Целью реформы здравоохранения является реструктуризация унаследованной от Советского Союза системы здравоохранения с целью ее адаптации к условиям рыночной экономики. Одним из ключевых аспектов переходного периода в экономике является разительный спад финансирования сектора здравоохранения. Доля финансирования, отведенная в ВВП на здравоохранение, снизилась примерно с 6% до 3%. При этом подушевое финансирование сократилось на 50%. По причине сокращения финансирования республики Центральной Азии более не в состоянии содержать громоздкую и неэффективную систему здравоохранения, унаследованную ими от Советского Союза.

Основным непроизводительным сектором системы является стационарный, на который приходится более 70% всех ресурсов здравоохранения. Более всего здесь поражает большое число специализированных больниц. В основе системы лежат три основных типа стационаров: стационары для взрослых, стационары для детей и родильные дома. В областном центре существует, по крайней мере, один из трех типов стационаров, который служит центром, куда направляется население всей области, но на самом деле он функционирует в качестве городской больницы.

Затем такая же структура дублируется на городском уровне. Таким образом, в городе имеется минимум шесть основных стационаров, но обычно их больше. Также существуют другие более специализированные стационары, включая больницу скорой помощи, инфекционную, офтальмологическую и, в некоторых случаях, кардиологическую и эндокринологическую больницы. Кроме того, существуют отдельные диспансеры: а) туберкулезный; б) кожно-венерологический; в) психиатрический и наркологический; и г) онкологический. В столице стационарный сектор еще более громоздкий по причине существования большого числа республиканских специализированных больниц для лечения различных заболеваний.

Проблема стационарного сектора заключается не только в огромном множестве учреждений, но и в его крайней неэффективности. Стационары характеризуются высоким уровнем госпитализации, низким уровнем интенсивности медицинской помощи, долгой длительностью пребывания больного в стационаре и низким оборотом койки. Вследствие недостаточного финансирования системы здравоохранения, республики Центральной Азии более не в состоянии содержать низкопроизводительный стационарный сектор. В данной ситуации им необходимо переместить ресурсы на более затрато-эффективный сектор первичной медико-санитарной помощи.

Стратегия сокращения стационарного сектора заключается в более сложной задаче, нежели просто в закрытии непроизводительных больниц. Почти во всех странах бывшего Советского Союза осуществляется ряд проектов по рационализации стационарного сектора и почти все проекты, связанные с сокращением числа больниц, завершаются неудачей. Существует целый ряд причин, по которым рационализация стационарного сектора является чрезвычайно сложной задачей. Во-первых, закрытие стационаров является политически очень сложным процессом. Мэр города редко высказывается за закрытие стационаров, потому что этот факт рассматривается как проявление несостоятельности системы. Поэтому рационализация должна сопровождаться рядом изменений структуры всей системы здравоохранения, в частности, первичной медико-санитарной помощи, которая начнет предоставлять некоторые клинические услуги, являющиеся в настоящее время прерогативой стационарного сектора. Во-вторых, система финансирования стационаров основывается на количестве коек, а сокращение коечного фонда ведет к сокращению финансирования сектора здравоохранения. В-третьих, руководители стационаров не заинтересованы объединять больницы, поскольку это будет сопровождается потерей многими из них реальной власти и сокращением персонала. В условиях высокого уровня безработицы

увольнение работников является серьезным вопросом, который усложнен законодательством, защищающим интересы работников государственного сектора.

По причине сложностей, возникающих в ходе административной рационализации стационарного сектора, необходимо подойти к этому деликатному вопросу посредством поэтапного процесса, связанного с общей стратегией реформирования сектора здравоохранения. Данный процесс включает в себя введение экономических стимулов через новые системы финансирования поставщика медицинских услуг, направленные на улучшение эффективности стационаров. Однако, прежде чем начать обсуждение ключевых элементов системы финансирования стационаров, необходимо изучить систему финансирования, унаследованную от Советского Союза.

В соответствии с традиционным процессом составления постатейного бюджета, существовавшего в Советском Союзе, ресурсы сектора здравоохранения в Центральной Азии распределялись поставщикам медицинских услуг в зависимости от уровня их мощностей и использования средств, а не количества и качества предоставляемых услуг. Система финансирования стационаров в Центральной Азии в большей степени основывается на бюджетной системе, согласно которой стационарам ежегодно выделяется фиксированный объем средств. Поскольку бюджетное финансирование основывается на производственных мощностях, например, количестве коек, оно содержит в себе непосредственный финансовый стимул наращивания и поддержания этих мощностей. В результате возникает система медицинской помощи, оказываемая слишком большим числом стационаров, имеющих слишком большие коечные фонды. Здесь мощными стимулами являются содержание крупных, непроизводительно используемых структур, раздутый медицинский персонал, высокие уровни госпитализации, продолжительная длительность пребывания в стационаре и излишки коечного фонда.

Эта форма финансирования стационаров не обеспечивает стимулами, способствующими повышению эффективности, а поскольку постатейный бюджет пока не позволяет гибкое использование финансовых средств, система финансирования препятствует эффективному использованию ресурсов. Бюджет жестко расчленен в соответствии со статьями бюджета. Поскольку бюджетные средства должны расходоваться в соответствии со статьями бюджета, учреждения наделены ограниченной самостоятельностью и не могут использовать ресурсы затрато-эффективным путем.

Выделение бюджетных средств было гарантировано и поставщикам медицинской помощи не приходилось конкурировать за привлечение населения, предоставляя ему низкозатратные медицинские услуги высокого качества. Реформа системы финансирования поставщиков медицинской помощи необходима для изменения лежащих в ее основе стимулов с целью введения конкуренции, повышения эффективности, а также наделения стационаров большей самостоятельностью в вопросах внутреннего распределения ресурсов.

В дополнение к рационализации стационарного сектора через создание конкуренции, новые системы финансирования также способствуют осуществлению рационализации другим важным путем. В советской бюджетной системе нормативы применялись для формирования бюджетов не только отдельных ЛПУ, но и для определения уровня финансирования сектора здравоохранения в целом. Объем финансирования здравоохранения определялся не в соответствии с приоритетными задачами, а простым суммированием бюджетов ЛПУ.

Поэтому закрытие, объединение стационара или сокращение его физических мощностей при советской системе постатейного бюджета означало сокращение бюджета отдельного ЛПУ и бюджета здравоохранения в целом. Новые системы финансирования поставщиков медицинских услуг требуют аккумулирования финансовых средств и их последующего распределения ЛПУ, основываясь на количестве обслуживаемого населения – деньги следуют за пациентом. В условиях недостаточного финансирования сектора здравоохранения абсолютно необходимо, чтобы

средства, сэкономленные в ходе рационализации или повышения эффективности, оставались в секторе здравоохранения (см. Документ по аккумулированию средств здравоохранения).

Системы финансирования, ориентированные на рынок, как правило оплачивают услуги поставщиков за единицу продукции. Система оплаты за пролеченный случай обеспечивает фиксированную оплату стационаров за каждого выписанного пациента. Она укрепляет связь между типом, уровнем и качеством услуг, предоставленных отдельному пациенту, и объемом финансирования стационара.

Система оплаты за пролеченный случай направлена на финансирование, равное средним затратам на одну услугу в эффективно функционирующем стационаре. Предполагается, что эффективно функционирующий стационар в одних случаях экономит средства, а в других теряет деньги, поскольку финансирование не соответствует затратам на каждого пациента. Финансирование на основе средних затрат является оптимальным, поскольку существует множество потребностей пациентов, а методы оказания медицинской помощи изменяются так быстро, что любая попытка привести финансирование в соответствие с каждым случаем лечения каждого пациента была бы непродуктивной.

Новые системы финансирования стационаров по пролеченному случаю позволяют стационарам конкурировать, поскольку они получают стабильное финансирование за оказанные услуги. После внедрения этих систем, стационары смогут планировать услуги, наращивать мощности производительных отделений и сокращать или закрывать отделения, средние затраты которых будут превышать уровень финансирования.

Система финансирования стационаров по пролеченному случаю состоит из системы классификации пациентов, называемых клиническими группами. Пациенты разделены на различные категории групп по диагнозам. Случаи в каждой категории должны быть клинически связаны и сходны по уровню потребления ресурсов. Для каждой категории определяется относительная весовая единица, основывающаяся на затратах, сравниваемых со средними затратами на все случаи в целом. Сумма финансирования стационара за пролеченный случай пропорциональна весовой единице категории, к которой отнесен пациент. Объем финансирования стационара планируется и состоит из базовой ставки, умноженной на относительную весовую единицу категории системы классификации пациентов, включающую пролеченные случаи.

Исторически сложившийся процесс формирования бюджета не давал точных данных о затратах на медицинские услуги, поскольку отделял финансирование от предоставляемых услуг. В ходе разработки и проектирования новых систем финансирования поставщиков необходимо определить фактические затраты на предоставление медицинских услуг. Необходима система учета затрат, чтобы заменить прежние 18 статей бюджета. Кроме того, необходимы системы бухгалтерского учета, позволяющие применение более современных методов расчета и анализа затрат. Важной частью процесса учета затрат является разделение расходов на стационарную и амбулаторную помощь. Это необходимо для расчета базовой ставки, требуемой для финансирования стационарной и амбулаторной помощи.

Система учета затрат необходима для новых систем финансирования стационаров, чтобы производить расчет средних затрат на каждый случай, пролеченный в каждом клиническом отделении каждого стационара. Средние затраты на уровне отделения преобразуются в относительные весовые единицы или стоимости по системе классификации пациентов. Таким образом пациенты дифференцируются по типу и сложности заболевания. Эти относительные весовые единицы, вместе с подсчетом общего объема пула финансовых средств, выделенных на стационарную помощь, определяют объем оплаты за каждый случай, пролеченный в стационаре.

На практике реформы систем финансирования могут разниться по сложности и совершенности, начиная от простой системы оплаты конкретного учреждения на основе средних затрат за пролеченный случай, и заканчивая сложными схемами оплаты поставщиков на основе клинико-затратных групп. Кроме того, системы финансирования стационаров по глобальному бюджету с учетом сложности и содержания пролеченного случая могли бы вводиться в качестве альтернативы после ввода и апробации системы классификации пациентов.

Очень важно внедрять новые системы финансирования по пролеченному случаю поэтапно. Сначала необходимо ввести упрощенные системы, частично из-за ограниченности имеющихся в наличии данных для создания новых систем финансирования и частично из-за недостатка технического и операционного кадрового потенциала. Опыт, полученный в ходе внедрения этих систем, говорит о необходимости развития информационных систем, что требует технических навыков для дальнейшего усовершенствования системы финансирования. Исключительно важным процессом, сопутствующим вводу новых систем финансирования, является развитие информационных систем, необходимых для поддержки систем финансирования.

Следующие шаги

В заключение следует отметить, что развал финансовой системы в секторе здравоохранения в Центральной Азии означает, что существующая структура стационарного сектора более не является устойчивой. Необходимо осуществить рационализацию данного сектора и повысить его эффективность. Хотя закрытие, объединение и сокращение некоторых стационаров необходимо, этих мер недостаточно. Природа стимулов предшествующей системы финансирования стационаров является источником неэффективности в стационарном секторе. Эти стимулы необходимо изменить посредством введения новых систем финансирования стационаров, способствующих развитию конкуренции и наделяющих стационары большей самостоятельностью в решении вопросов более эффективного распределения своих ресурсов.

Системы финансирования стационаров по пролеченному случаю введены в Казахстане и Кыргызстане. Следующий шаг состоит в необходимости широкого введения этих систем как географически, так и путем увеличения объема финансирования стационаров, получающих финансирование на основе новых систем финансирования.

Улучшение качества медицинской помощи в системах здравоохранения пост-советского периода

Революция в представлении о качестве медицинской помощи является одним из движущих сил реформ в системах здравоохранения западных стран. Революция в области качества медицинской помощи позволила системам здравоохранения перейти от традиционных методов обеспечения качества, основанных на структуре и процессе, к системе, нацеленной на улучшение конечных результатов деятельности. Одним из вопросов, требующих своего решения, является следующий: какую роль играют новые методы обеспечения качества в реформе систем здравоохранения пост-советского периода?

В рамках многих проектов делались малоуспешные попытки ввести новые методы обеспечения качества как, например, комплексное управление качеством (КУП) и непрерывное улучшение качества (НУК) в системы здравоохранения пост-советского периода. Эта неудача связана с коренным отличием систем здравоохранения пост-советского периода от западных систем. Основным фактором, мешающим оптимально использовать новые методы, является недостаток управленческой самостоятельности лечебных учреждений в принятии решений по качеству оказываемой помощи путем изменения самого процесса. Если финансовые решения контролируются не руководством лечебного учреждения, а Министерством финансов, а клинические решения находятся под контролем Министерства здравоохранения, а не самого лечебного учреждения, очень трудно ввести инновации, необходимые для успешного использования этих новых методов. Поэтому одним их основных условий введения новых методов обеспечения качества является введение новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг с предоставлением им соответствующей управленческой самостоятельности.

Вторым фактором, мешающим использованию новых методов обеспечения качества, является отсутствие персонифицированной и общей баз данных по населению. Сравнение результатов деятельности лечебных учреждений является одним из важных методов повышения качества. Система данных должна предоставлять информацию (по числителю и знаменателю) для подсчета баллов и создания кривой распределения результатов. В Советской информационной системе нет базы данных по населению, следовательно, нет знаменателя. Кроме того, недостаточно персонифицированных клинических данных по пациентам для подсчета статистически значимых числителей. И наконец отсутствует финансовая информация для введения затратной эффективности как одного их критериев деятельности. Следовательно, введение новых компьютеризированных информационных систем, которые создадут необходимую базу данных для введения новых методов улучшения качества, является одной из наиболее важных задач реформы здравоохранения.

Третьим фактором, мешающим введению новых методов улучшения качества, является традиция штрафных санкций, присущая советской системе контроля качества. Советский метод обеспечения качества заключался в проведении чрезмерных по количеству инспекций по конкретным случаям для выявления недостатков. Наиболее ярким примером такого метода являются медико-экономические стандарты (МЭС), которые были разработаны в период действия нового экономического механизма в последние годы советской власти и которые широко применяются на территории Российской Федерации. МЭСы представляют собой детальное описание обязательных нормативов по клиническому лечению, основанных на мнении экспертов, по каждому пункту МКБ-9. В случае нарушения врачом МЭС, лечебное учреждение подвергается штрафу с сокращением оплаты пропорционально понижению коэффициента качества. Это только один из примеров советской системы обеспечения качества, которая использовала административные методы контроля, мешавшие введению инноваций. Цель системы улучшения

качества состоит не в выявлении отклонений от стандарта, а в смещении всей кривой качества через выявление положительных примеров.

Этот тип системы обеспечения качества лучше всего срабатывает в системе, располагающей сильными экономическими стимулами к улучшению качества.

Жесткие клинические установки являются одним из наиболее важных параметров, определяющих характер советской системы обеспечения качества. Советская клиническая практика регулировалась административными правилами (приказами), которые вводили определенные протоколы лечения, обязательные к исполнению. Например, кожно-венерологическая система диктует лечение гонореи и сифилиса в условиях диспансера посредством госпитализации больных с применением устаревших протоколов лечения как, например, ежедневные инъекции антибиотиков. Санитарно эпидемиологическая служба (СЭС) издает приказы, регулирующие лечение инфекционных заболеваний, например, госпитализацию при гепатите А. В отличие от западной практики клиницисты очень ограничены в выборе метода лечения и не проявляют большой инициативы в ведении инноваций, не желая нести ответственность за нарушение стандартов качества. До введения новых методов улучшения качества необходимо смягчить жесткие регламентирующие рамки клинической деятельности, что позволило бы и врачам, и лечебным учреждениям проводить инновации.

Все это вовсе не означает, что системы здравоохранения пост-советского периода должны отказаться от клинических правил и установок. Одна из важных задач реформы здравоохранения состоит в научном сопровождении этих клинических правил и установок. Один из выводов работы по улучшению качества в западных странах состоит в том, что клинические правила нельзя разрабатывать, опираясь исключительно на экспертную оценку. Экспертная оценка зачастую сильно расходится с правилами, выведенными на основе систематического анализа клинической литературы, что может привести к официальному введению плохой клинической практики. Правила и установки не должны чрезмерно регламентировать каждое решение, принимаемое врачом, они должны стимулировать методы лечения, доказавшие свою эффективность, и отсеивать методы, не имеющие подтверждения своей эффективности в практической деятельности. Во многих случаях, однако, такое подтверждение не является достаточно убедительным и именно в таких случаях нужно прибегать к мнению экспертов.

Развитие современных клинических правил, подтвержденных практикой, представляет большую трудность в системах здравоохранения пост-советского периода ввиду традиционно различного понимания того, что является научно подтвержденной (подтвержденной практикой) медициной. До введения правил и установок необходимо ввести медицину, подтвержденною практикой. Ведущие клиницисты должны получить доступ к западной медицинской литературе, пройти подготовку по новым методам критической оценки и методологии контрольных испытаний методом случайной выборки. Подтвержденная практикой медицина начинает развиваться в странах бывшего Советского Союза, где в недавнем времени в Москве был открыт Центр Кохрэйна .

Учитывая все препятствия на пути введения новых методов обеспечения качества, этот вопрос можно отнести к второстепенным по значению. После введения новых методов оплаты поставщиков медицинских услуг и стимулов для ЛПУ, способствующих повышению качества медицинской помощи, можно будет ввести и новые методы обеспечения качества. Что нужно сделать далее по улучшению качества в краткосрочном периоде до практического введения всех систем? Клиническое обучение, особенно на уровне ПМСП, представляет наиболее важное значение. И здесь необходима серьезная донорская поддержка. ВОЗ разработал несколько учебных программ по клиническим разделам как, например, руководство по интегрированному ведению болезней детского возраста, где представлены современные методы клинической практики. Однако разработанные программы охватывают лишь незначительную часть клинического опыта, необходимо разработать дополнительные модули по хроническим

заболеваниям как, например, сердечно-сосудистым заболеваниям, которые составляют наибольший процент в бремени болезни.

Необходима развитая система лицензирования, обеспечивающая выполнение лечебными учреждениями минимальных стандартов. В условиях низкого уровня финансирования трудно ожидать, что лицензирование может сделать что-то большее, нежели чем обеспечение минимальных стандартов безопасности, как, например, наличие питьевой воды. В большинстве стран введение аккредитации лечебных учреждений преждевременно. В условиях почти полного отсутствия конкуренции в секторе здравоохранения аккредитация лечебных учреждений не имеет большого значения. Аккредитация имеет второстепенное значение и должна следовать за введением новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг, которые создадут условия конкуренции и стимулы для аккредитации.

Некоторые мероприятия должны являться составной частью деятельности по улучшению качества на первом этапе реформ. Существует настоятельная необходимость в улучшении качества клинических данных и, в частности данных по смертности, что является полезным агрегированным показателем деятельности системы здравоохранения в целом. Данные по смертности и, в частности, по причинам смертности, как правило, ненадежны. Система регистрации смертей не входит в систему здравоохранения, также отсутствует система контроля записей причин смерти. Более того, причина смерти, указанная в свидетельстве о смерти, не уточняется после проведения вскрытия и постановки окончательного диагноза. Систему регистрации смерти необходимо улучшить, обеспечив предоставление более детальной информации о смерти и увязав ее с системами обеспечения медицинской помощи.

Более всего не хватает информации по степени удовлетворенности пациента. Этот вопрос требует более системного подхода со стороны лечебных учреждений, управлений здравоохранения и фондов медицинского страхования. Методология соцопросов в секторе здравоохранения недостаточно развита, требуется значительная поддержка в плане улучшения методов, выборки и статистического анализа полученных результатов. Подворовые социологические опросы нацелены на охват населения, не пользующегося официальными медицинскими услугами. Введение подворовых соцопросов является одним из важных методов улучшения качества медицинских услуг, поскольку позволяет накопить данные, которые можно использовать в оценке хода реформ здравоохранения.

Новые методы улучшения качества медицинской помощи будут играть наиболее важную роль в реформах здравоохранения пост-советского периода. Однако эффективное введение этих новых методов сначала требует значительных изменений в системе здравоохранения.

Приватизация и реформа здравоохранения

В странах пост-советского пространства вопрос приватизации имеет идеологическую подоплеку. Реформаторы, нацеленные на создание рыночных условий, рассматривают приватизацию государственных учреждений и организаций как метод построения рыночной экономики и сокращения государственного сектора. Другие рассматривают приватизацию как попытку государства снять с себя основные обязательства перед обществом. Дискуссия по вопросам приватизации в секторе здравоохранения должна отойти от идеологии, сконцентрировавшись на широком видении главных целей реформ и понимании политическими лидерами того, какой должна быть система здравоохранения в следующем столетии.

Для понимании целей реформ сначала необходимо рассмотреть действующую институционально-правовую структуру, которая определяет границы возможных изменений. Республики Центральной Азии унаследовали от бывшего Советского Союза систему здравоохранения, финансируемую государством, где фонды распределяются из общей доходной части государственного бюджета и далее поступают в государственные лечебные учреждения. Когда эти республики стали независимыми, эта базовая структура сохранилась неизмененной в то время как уровень финансирования сектора здравоохранения значительно сократился – примерно с 6 до 3 процентов от ВВП за весь период независимости. Многие политические лидеры, не связанные непосредственно с сектором здравоохранения, считают, что проблему недостаточного финансирования здравоохранения можно решить путем приватизации лечебных учреждений. Это, однако, является одним из ошибочных представлений о роли приватизации, поскольку финансирование путают с формой собственности.

По сути приватизация относится к вопросу собственности, т.е., кто является собственником хозяйствующих единиц – государство или частные лица. Необходимо понимать разницу между государственной/частной формой собственности и финансированием из государственного/частного источника. Сама система здравоохранения может финансироваться государством в то время как лечебные учреждения системы здравоохранения могут находится в частной собственности. Например, в государственной системе здравоохранения Великобритании врачи общей практики почти полностью финансируются государством, однако с юридической точки зрения они являются частными хозяйствующими единицами. Поскольку частная форма собственности не предполагает автоматически финансирования из частного источника, приватизация как таковая не означает прямого сокращения государственных расходов на здравоохранение.

В странах Центральной Азии переходный экономический период обусловил такую ситуацию, когда население не может самостоятельно оплачивать медицинские услуги, особенно в сельской местности, ввиду ограниченных наличных средств. Если частные лечебные учреждения не будут получать государственного финансирования, им придется вводить платные услуги для населения. Однако возможности дополнительного финансирования за счет платных услуг крайне ограничены. Это значит, что роль частных лечебных учреждений, финансируемых из частных источников, в настоящих условиях крайне ограничена, поскольку государству все равно будет вынуждено оплачивать большинство населения. В сложившейся ситуации приватизация сможет играть значительную роль только в том случае, если можно будет использовать государственные ресурсы для оплаты частных лечебных учреждений. Следовательно, вопрос приватизации необходимо рассматривать в более широком контексте проводимых реформ здравоохранения.

Общее видение реформ здравоохранения состоит в том, чтобы использовать имеющиеся государственные ограниченные ресурсы наиболее экономически эффективным способом для улучшения здоровья населения и создания устойчивой системы здравоохранения. В условиях крайне недостаточного финансирования государство должно гарантировать минимальный пакет базовых медицинских услуг населению. Учитывая фактор бремени болезни и наибольшую

затратную эффективность лечебно-профилактических мероприятий, можно сделать вывод, что ограниченные ресурсы сектора здравоохранения необходимо направлять в ПМСП. Кроме того, государство должно гарантировать базовый пакет основных стационарных услуг, включая родовспоможение и лечение острых неотложных состояний, представляющих угрозу для жизни пациента.

Переход к базовому пакету медицинских услуг требует глубоких изменений в системе финансирования медицинской помощи и организации системы обеспечения медицинской помощи. Необходимо реорганизовать систему ПМСП, преобразовав специализированные поликлиники в семейные врачебные амбулатории (СВА), представляющие собой клинические группы врачей. В стационарном секторе с высоким уровнем специализации необходимо объединять больницы с целью создания больниц общего профиля. После приватизации было бы очень трудно реорганизовать систему обеспечения медицинской помощи, поскольку государство не может контролировать частные учреждения. Поэтому реструктуризацию системы необходимо проводить до процесса приватизации.

Реорганизация системы обеспечения медицинской помощи тесно связана с финансированием системы. Первым шагом является аккумулирование бюджетов здравоохранения в одной организации—финансовом посреднике, которая могла бы ввести новые методы оплаты поставщиков медицинских услуг. В общем, Министерство здравоохранения могло бы выполнять роль финансового посредника и покупателя медицинских услуг. Покупатель услуг создает стимулы через введение новых методов оплаты поставщиков медицинских услуг, а лечебные учреждения получают большую самостоятельность, позволяющую оптимально использовать вводимые стимулы. Это создает разделение поставщика медицинских услуг и организации-покупателя. Министерство здравоохранения сохраняет контроль над системой, устанавливая регуляторную базу на основе новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг.

Назначение новых систем оплаты состоит в улучшении производительности ЛПУ в плане их операционной деятельности и создании механизма перемещения ресурсов в первичное звено по мере возрастания спектра и объема услуг, предоставляемых учреждениями ПМСП. Новые системы финансирования создают больше возможностей для приватизации, поскольку создают стабильную систему цен, в условиях которой лечебные учреждения могут планировать ожидаемые доходы и осуществлять бизнес-планирование, просчитывая прибыльность предприятия.

Новые системы финансирования не должны зависеть от формы собственности ЛПУ. Как организация-покупатель финансовый посредник может покупать медицинские услуги как у частных, так и государственных лечебных учреждений, основываясь на качестве предоставляемых услуг, что стирает различия между учреждениями государственной и частной форм собственности. В условиях новых систем финансирования и частные, и государственные учреждения вступают в конкуренцию за право пользоваться государственными ресурсами.

Новые системы финансирования требуют большей управленческой самостоятельности лечебных учреждений для наиболее оптимального использования стимулов, создаваемых в системе. Для повышения производительности системы менеджеры лечебных учреждений должны получить возможность управлять своими учреждениями фактически, что предполагает меньшую регламентацию в принятии внутренних управленческих решений. Стационарная служба пост-советского периода характеризуется наличием большого количества разнообразного персонала и больничных коек и незначительным количеством пациентов. В условиях финансирования стационаров по пролеченному случаю больницы будут получать меньший объем финансирования в случае уменьшения количества пациентов. Это значит, что им придется реорганизовывать свои учреждения и, в частности, сокращать штат. Очень важно освободить менеджеров лечебных учреждений от груза всевозможных нормативов и правил, которые мешают им оптимально использовать новые экономические стимулы для повышения экономической эффективности своих лечебных учреждений.

Приватизация может сыграть важную роль в плане создания управленческой самостоятельности ЛПУ. Управленческую самостоятельность можно повысить разными способами, начиная от заключения контрактов с лечебными учреждениями и кончая приватизацией. Однако ввиду жесткой регламентации деятельности всех государственных учреждений и исторически сложившейся роли Министерства здравоохранения, которое осуществляет мелочный управленческий контроль над лечебными учреждениями, приватизация может оказаться наиболее простым способом достижения управленческой самостоятельности ЛПУ. Альтернативным способом было бы осуществление постепенного перехода к управленческой автономии путем последовательного изменения отельных установок и правил, препятствующих автономии ЛПУ. Кроме того, необходимо подчистить и целый ряд попутных нормативов и правил, многие из которых не входят в юрисдикцию Министерства здравоохранения. К таковым относятся нормативы и правила Министерства труда, относящиеся к увольнению персонала государственных учреждений и представляющие особую сложность. Поэтому, помимо разрешения других вопросов, приватизация позволяет достичь управленческой самостоятельности ЛПУ, избежав длительного процесса изменения регуляторной базы.

В заключение нужно сказать, что приватизация является не самоцелью, а лишь одним из инструментов, который может использоваться для повышения управленческой самостоятельности и создания условий конкуренции в процессе реформирования здравоохранения. Однако до начала приватизации очень важно сначала провести реструктуризацию системы обеспечения медицинской помощи и ввести четкие финансовые механизмы, которые бы позволили лечебным учреждениям планировать свою деятельность. Государство должно четко определить собственную роль в качестве органа, регулирующего деятельность сектора здравоохранения и покупающего основные услуги, предоставив лечебным учреждениям возможность повышать эффективность своей операционной деятельности и качества предоставляемых услуг. При выполнении данных условий организационно-правовой статус лечебных учреждений не имеет решающего значения, а новые системы оплаты поставщиков медицинских услуг сотрут различия между частными и государственными лечебными учреждениями. Когда государство разработает четкое видение реформ сектора здравоохранения, частный сектор здравоохранения получит больше возможностей для своего развития.

Медико-информационные системы управления

Сбор огромного количества информации является частью наследия бывшей советской системы. В условиях советской системы огромный штат занимался заполнением всевозможных форм, далее направляемых в вышестоящую инстанцию. К сожалению, процесс сбора информации на этом и заканчивался. Анализ данных и использование полученных результатов имели политическую окраску и не применялись на практике.

Это, безусловно, относилось и к сектору здравоохранения. Министерство здравоохранения и отдел медицинской статистики располагали тысячным штатом, который занимался заполнением форм и составлением отчетов. Каждое лечебное учреждение имело собственных статистиков, заполнявших десятки и даже сотни различных форм по каждому вопросу, начиная от общей характеристики лечебного учреждения и кончая диагнозами, результатами лабораторных анализов, выпиской больничных листов и всей документацией по льготным группам. Статистики лечебных учреждений заполняли формы и отправляли их в районные или городские отделы медицинской статистики. Затем статистики вышестоящего уровня составляли свои отчеты и направляли их в областные отделы медицинской статистики, которые в свою очередь сводили все данные и отправляли отчеты на республиканский уровень.

Несмотря на все усилия по сбору информации, функции анализа данных для оценки политических решений и обеспечения необходимой информации для принятия обоснованных решений не существовало. Решения принимались исходя из политической коньюктуры. Информация имела значение только как способ подкрепления политических решений. В результате данные зачастую изменялись в угоду принимаемым политическим решениям. Например, методология расчета уровня детской смертности занижала фактический уровень младенческой смертности.

Помимо проблемы неточности данных и отсутствия аналитической функции, процесс сбора данных и информационные системы были вертикальными и раздельными, что не позволяло объединить данные в одно целое для получения полной картины сектора здравоохранения. Министерство здравоохранения располагало собственной системой статистических данных, куда входила вся клиническая информация. Министерство финансов имело собственную систему финансовых данных, содержащую детальную информацию о затратах лечебных учреждений по всем статьям бюджета.

Эти две системы (клиническая и финансовая) существовали раздельно, что препятствовало анализу затрат на обеспечение различных видов медицинских услуг и созданию связки между затратами и объемом потребления медицинских услуг или результатами лечения. Министерство здравоохранения не могло взвешенно оценивать приоритетные задачи и разрабатывать политику здравоохранения, поскольку нельзя было провести сравнение стоимости различных программ здравоохранения. Например, имелась информация по количеству сердечных приступов и объему заработной платы кардиологов, однако определить полную себестоимость лечения сердечного приступа было невозможно.

Необходимо реформировать всю информационную систему и сам процесс. Нужна двухуровневая медико-информационная система. Информационная система первого уровня должна оказывать поддержку функциям организаций-покупателей медицинских услуг, а система второго уровня – поддерживать функции поставщиков медицинских услуг.

Во-первых, поставщики медицинских услуг должны оперировать национальными информационными системами, предоставляющими стандартизованную информацию многоцелевого использования, включая оперирование новыми системами оплаты поставщиков

медицинских услуг, обеспечение данных для публикаций медицинских статистических данных и обеспечение данных для научных исследований и оценки. Поставщики медицинских услуг должны предоставлять ежегодные стандартные отчеты по затратам и другим показателям ЛПУ, содержащих информацию, необходимую для разработки и дальнейшего развития систем оплаты поставщиков медицинских услуг.

Во-вторых, комплексные информационные системы необходимы для проектирования, операционной деятельности и оценки систем оплаты. Поскольку новые системы оплаты поставщиков медицинских услуг основаны на принципе оплаты медицинских услуг, предоставленных населению, а не на покрытии расходов на содержание инфраструктуры (оплата по пролеченному случаю вместо койкодней), в системе здравоохранения необходимо ввести концепцию системы предоставления счетов.

В системе оплаты по пролеченному случаю клинико-информационная форма или счет направляется поставщиком медицинских услуг покупателю медицинских услуг. Этот счет направляется в электронную информационную систему, где пролеченные случаи распределяются по клиническим группам, определятся сумма оплаты и оформляется платежный счет. Эта больничная база данных выполняет и другие функции, включая обеспечение информации по качеству медицинской помощи, для медицинской статистической отчетности, науки и оценки, а также совершенствования больничных систем оплаты.

Информационно-финансовые системы стационаров могут быть гибкими и варьировать по уровню технологии в зависимости от проектировки и структуры. Например, счета могут подаваться в информационный центр организации-покупателя медицинских услуг вручную или на дискете или через компьютерную сеть. И наконец эти системы тоже могут подключаться к другим информационным системам, как, например, к бухгалтерской системе или базам данных по населению, что позволит проводить анализ деятельности врачебных практик и структуры направлений в системе обеспечения медицинской помощи в целом.

База данных по населению необходима для оперирования системами подушевого финансирования лечебных учреждений первичной помощи, как, например, семейных врачебных амбулаторий. База данных по населению формируется в процессе проведения кампаний по прикреплению населения в семейные практики. Объем финансирования каждой семейной практики в дальнейшем определяется произведением подушевой ставки финансирования и количества населения, зарегистрированного каждой практикой. И наконец информационные системы необходимы для введения тарификатора для поликлинических услуг и диагностических исследований.

Поставщикам медицинских услуг информационные системы управления необходимы для адаптации к развивающимся рыночным условиям и стимулам, создаваемым новыми системами оплаты поставщиков медицинских услуг. Поставщики медицинских услуг, работающие и в стационарном, и амбулаторном секторах здравоохранения, должны действовать как предприниматели. Стационары должны понимать затратность предоставляемых услуг, планировать сокращение затрат и повышение доходности и определять оптимальный набор предоставляемых услуг. Учреждения первичной помощи должны думать не только о здоровье своих пациентов, но и о собственной дееспособности, осуществляя маркетинг и продвижение собственных услуг на рынке медицинских услуг.

На уровне поставщика медицинских услуг необходимо ввести следующие системы: клинико-информационные; финансовые системы управления, включающие системы управления бюджетными средствами, системы учета и контроля затрат, системы внутреннего контроля; системы управления кадрами и системы обеспечения качества. Необходимо повысить уровень подготовки медицинского персонала в плане использования информационных систем как инструмента улучшения управленческой деятельности по принятию решений.

Помимо новых информационных систем управления необходимо внедрить и новые методы управления для более эффективной работы менеджеров здравоохранения в условиях большей самостоятельности лечебных учреждений в плане использования и распределения внутренних ресурсов. Введены новые профессии в сфере управления здравоохранением, которые должны обеспечивать выполнение новых технических задач. Например, новая должность менеджера семейной врачебной амбулатории (практики) дает возможность семейным практикам—новым подразделениям ПМСП- эффективно управлять собственными ресурсами в условиях постоянно меняющейся внешней среды деятельности.

Реорганизация традиционных учреждений ПМСП в семейные врачебные амбулатории при одновременном введении системы подушевого финансирования этих новых учреждений, являющаяся одним из ярких примеров проводимых реформ здравоохранения, обусловила необходимость введения новых медико-информационных систем. Для эффективной деятельности в качестве самостоятельных хозяйствующих единиц семейные врачебные амбулатории нуждаются в клинико-информационных системах, позволяющих проводить оценку деятельности лечебной практики. Врачи СВА должны собирать и анализировать клинические данные по количеству и типу визитов в амбулаторию, по диагнозам своих пациентов, количеству процедур, проведенных в амбулатории, количеству направлений к специалистам, диагностическим исследованиям и госпитализации.

СВА нуждаются и в финансовых информационных системах. По мере поэтапного введения новых систем финансирования, СВА должны научиться разрабатывать свои бюджеты, вводить систему закупок и инвентаризации, управлять финансами, подготавливать финансовые отчеты для управленческих целей и для внешних контролирующих органов. Как и в других видах предпринимательской деятельности, финансовые управленческие системы позволяют СВА корректировать свою деятельность в соответствии с изменениями среды деятельности и поддерживать свою жизнеспособность.

Новые информационные системы управления были введены в системах здравоохранения Казахстана, Кыргызстана и Узбекистана. Они сопровождают введение новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг, помогая лечебным организациям адаптироваться к новым рыночным условиям.

Следующие шаги

Следующие шаги включают расширение информационных систем управления как по вертикали, так и горизонтали. Большая часть этих новых систем уже введена в экспериментальных регионах, далее их необходимо вводить на территории всех стран Центральной Азии. Кроме того, необходимо расширять и углублять функции этих систем для решения всех задач управления.

Мониторинг и оценка реформ здравоохранения

Реформы здравоохранения в странах Центральной Азии находятся на продвинутом этапе практического осуществления, генерируя опыт, необходимый для выработки стратегии реформ как в регионе, так и за его пределами на будущий период. Опыт, накопленный в ходе проведения реформ здравоохранения, необходимо проанализировать и системно оценить, что позволит определить, насколько выполняются задачи реформ, какие коррекции необходимо сделать для повышения эффективности проводимых реформ. Исторически Министерства здравоохранения стран Центральной Азии не выполняли функцию оценки политики здравоохранения, поэтому их возможности в плане проведения исследований и анализа ограничены. Сложная система отчетности государственного сектора здравоохранения обеспечивает сбор большого количества данных, однако эти данные используются, главным образом, для создания агрегированных статистических баз данных, которые почти не используются в дальнейшем для улучшения деятельности самой системы здравоохранения. Возможности проведения эффективной оценки инициатив, проводимых в рамках реформы здравоохранения в странах Центральной Азии, ограничены, и, как следствие, оценки проводимых реформ часто являются субъективными и политизированными. Реформы здравоохранения, которые будут проводится в будущем при содействии международных организаций–доноров, должны создать мощности внутри самого Министерства здравоохранения, позволяющие проводить оценку политики здравоохранения, и установить процесс структурированной оценки политики здравоохранения, обеспечивающий обратную связь с осуществляемыми реформами.

Стратегия оценки реформ здравоохранения должна исходить из установленных целей и задач программы реформ и концептуальной основы, определяющей, каким образом новая политика может привести к ожидаемым результатам. Необходимо также определить ряд индикаторов, которые могли бы помогать отслеживать поступательное движение проводимых реформ, что может использоваться руководителями как на национальном, так и местном уровне. Вводимый процесс анализа и интерпретации индикаторов чрезвычайно важен и должен быть прозрачным для достижения максимальной объективности. Например, изменение такого индикатора, как количество направлений в стационары, может рассматриваться положительно и отрицательно в зависимости от целей реформ, прочих изменений внешней среды, помимо вводимых инициатив политики здравоохранения, и изначального значения индикатора. Поэтому процесс анализа и интерпретации индикаторов и определения того, действительно ли данные изменения были вызваны проводимыми реформами или другими факторами, должен быть прозрачным, и представлять собой структурированный подход, ведущий к объективным заключениям.

В идеале при инициировании какой-либо конкретной деятельности в рамках программы реформ здравоохранения, после определения целей, задач, концептуальной основы и индикаторов, необходимо собрать базовую информацию. Базовая информация необходима для обеспечения ситуативной информации и данных по исходному значению ключевых индикаторов, изменение которых будет отслеживаться в течение всего периода осуществления деятельности по реформе здравоохранения.

Процесс оценки хода реформ представляет огромное значение в плане своевременного обеспечения полезной обратной информации политическим руководителям и менеджерам. Большая часть оценки должна основываться на существующих источниках информации, поэтому информация должна быть доступна для политических руководителей и менеджеров, а оценка и анализ проводится достаточно часто. Новые информационные системы, сопровождающие введение новых систем оплаты поставщиков медицинских услуг, являются прекрасным источником текущей информации для проведения оценки и доступны как для политических руководителей, так и менеджеров здравоохранения.

Однако помимо этого нужно также проводить периодические широкомасштабные социальные исследования, обеспечивающие информацию на какой-либо определенный временной срез, в период которого ожидается проявление действия того или иного фактора реформ. Эти социальные исследования необходимы для получения таких данных, которые нельзя получить из обычных административных источников информации. Например, подворовые опросы являются важным источником информации, позволяющие оценить влияние реформ здравоохранения на многие параметры здоровья и благополучия населения, как, например, уровень основных хронических заболеваний, данные по которым не входят в стандартную административную отчетность. Кроме того, данные, полученные при проведении подворовых социальных опросов, можно разбить по различным группам населения, в результате чего эффект проводимых реформ можно будет оценить по таким характеристикам населения, как уровень дохода. Подворовые опросы особенно важны, поскольку обеспечивают информацию как по тем пациентам, которые обращаются в случае необходимости к врачу, так и тем, кто не обращается. Т.е., можно определить, какой сегмент населения не обращается официально в лечебные учреждения в случае заболевания и по какой причине. Эта информация необходима для лучшего анализа доступности медицинской помощи и решения имеющихся проблем.

Подворовые опросы необходимы для обеспечения информации для разработки национальных счетов здравоохранения. Национальные счета здравоохранения, где ясно представлены все источники финансирования здравоохранения и использование ресурсов, необходимы для развития общей политики здравоохранения, включая разработку пакета бесплатных услуг, сооплаты и платных услуг, а также приватизации. Для разработки национальных счетов здравоохранения необходимо провести оценку непосредственных выплат граждан на услуги здравоохранения. Поскольку большая часть таких выплат в странах Центральной Азии происходит неформально, обоснованная оценка уровня непосредственных выплат граждан на медицинские услуги может быть сделана лишь на основе данных, полученных в результате проведения подворовых социальных опросов.

Социальные исследования на уровне ЛПУ также можно проводить периодически с целью получения административных данных и более полной информации об изменениях в том, как обеспечивается медицинская помощь, какие новые управленческие процессы происходят в ЛПУ и каково мнение персонала ЛПУ о проводимых реформах. Кроме того, и политические руководители, и сами лечебные учреждения могут проводить периодические социальные опросы пациентов на предмет удовлетворенности оказываемой помощью, что позволяет отслеживать измерение отношения населения и его удовлетворенность качеством и стоимостью медицинских услуг и уровнем комфорта, обеспечиваемого ЛПУ.

Для включения таких социальных опросов в процесс оценки политики здравоохранения необходимо развивать возможности по разработке и осуществлению социологических исследований в странах Центральной Азии для оказания поддержки политическому процессу. Также необходимо проводить обучение руководителей здравоохранения по таким вопросам, как роль и значение социологических исследований в оценке политики здравоохранения, каким образом административные данные и данные, полученные в результате проведения социологических исследований, можно вкупе использовать и для оценки хода реформ здравоохранения, и для информирования лиц и организаций, задействованных в осуществлении реформ.

В заключение нужно сказать, что в процессе реформирования здравоохранения в странах Центральной Азии пересматривается вопрос сбора и использования информации в секторе здравоохранения. Новые медико-информационные системы управления предоставляют более качественную информацию, которую можно группировать и анализировать с наибольшей практической пользой как для менеджеров здравоохранения, так и политических руководителей для улучшения клинической практики, более эффективного управления ресурсами и другими аспектами деятельности лечебных учреждений.

Подключение информационных систем к процессу оценки политики здравоохранения расширяет возможности по сбору и анализу данных и обеспечению обратной информации с целью непрерывного улучшения качества медицинской помощи в целом как неотъемлемой части процесса реформ здравоохранения.