

Медицинское обслуживание населения Казахстана: реальность и оценки

Жусупов Б.С., ЦИОМ

Алимбекова Г.Т., ЦИОМ

Здоровье населения и состояние системы здравоохранения - один из основных показателей и критериев степени развития страны. Устойчивое развитие страны характеризуется не только динамикой социально-экономических показателей, но и подразумевает рост продолжительности жизни, одного из главных критериев человеческого развития. Удовлетворение социальных потребностей, в том числе и в медицинской помощи, рост возможностей выбора становятся главными целями развития для любой страны мира.

Политико-экономическая трансформация Казахстана, связанная с распадом Советского Союза, и создание на его экономических осколках независимой республики оказали мощное воздействие на экономическое, социальное и психологическое состояние казахстанского общества. Неизбежные неблагоприятные экономические процессы повлекли существенные изменения в состоянии здоровья населения Казахстана и системы его здравоохранения. Государство вынуждено было, учитывая сокращающиеся финансово-экономические возможности страны, перейти от патерналистской концепции здравоохранения к рыночной.¹

Политика в области здравоохранения, проводимая в Казахстане, в течение последних десяти лет была лишь следствием экономических и политических трансформаций. Созданная в условиях административно-плановой экономики советская система здравоохранения оказалась неприспособленной к новой реальности, отличительными особенностями которой стали:

- невозможность финансирования здравоохранения в полном объеме в результате экономического кризиса;
- остаточный принцип финансирования социальной сферы в целом и здравоохранения в частности;
- невозможность 100% охвата населения профилактическими и иными медицинскими вмешательствами из-за разрушения системы контроля над поведением людей;
- перевод на рыночные отношения системы лекарственного обеспечения при сохранении государственной системы оказания медицинской помощи;³

В системе здравоохранения следует отметить несколько взаимосвязанных процессов, определяющих динамику изменений, реальное состояние здоровья населения и системы медицинской помощи населению.

Первое - ухудшение здоровья населения в результате снижения уровня жизни населения, нездорового образа жизни, возрастание "болезней

бедности". Статистика заболеваний перетерпела существенные изменения из-за роста инфекционных, паразитарных, венерических и наркологических заболеваний. В Казахстане отмечен высокий уровень смертности при одновременном сокращении численности населения во всех регионах страны вследствие снижения рождаемости и миграционного оттока за пределы республики.

Во-вторых, в системе здравоохранения произошли существенные внутренние изменения. За 10 лет численность больничных учреждений и больничных коек снизилась почти 2,2 раза; на треть, или на 20 тысяч человек сократилось число врачей. В результате вынужденной оптимизации около 1200 населенных пунктов сельской местности остались без медицинской организации или медицинского обслуживания. Рост цен на лекарственные средства сделал их малодоступными для значительной части населения. Неравенство возможностей проявилась и в доступности здравоохранения в зависимости от экономического, должностно - статусного положения, географического и сельско-городского признаков. Социально-экономические трудности привели к сокращению обращаемости населения в медицинские учреждения из-за ограниченной доступности медицинской помощи.

В-третьих, республика столкнулась с огромными экологическими проблемами, оказывающими значительное воздействие на динамику заболеваний и потребность в медицинских учреждениях. Острый дефицит и неудовлетворительное качество воды, влияние бывших военных полигонов, деградация земель, техногенное опустынивание и многое другое отрицательно сказывается на здоровье населения Казахстана.¹

Для формирования новой системы здравоохранения в республике была проведена реформа, включающая правовые, институциональные и структурные преобразования. Создание новой инфраструктуры общественного здравоохранения предусматривает формирование частной сферы медицины, при сохранении гарантированного государством объема бесплатной медицинской помощи.

Система здравоохранения переживает непростой этап своего развития, имеются большие проблемы организационного, структурного, финансового плана. Наблюдается снижение доступности населения, особенно сельского, к первичной медико-санитарной помощи.

Отрицательное влияние на состояние здоровья населения страны оказывает следующие факторы:

- снижение жизненного уровня основной части населения;
- отсутствие навыков здорового образа жизни у большей части населения: высокие уровни потребления алкоголя, табакокурение, низкий уровень санитарно-гигиенических навыков;
- нерациональное, несбалансированное и часто недостаточное питание;
- недостаток йода и железа в рационе;
- ограниченный доступ к безопасным источникам водоснабжения, особенно в сельской местности.⁴

Современный этап реформирования системы здравоохранения в Республике характеризуется задачами, направленными на повышение качества и доступности медицинского обслуживания населения различных социальных групп. С целью формирования эффективной системы предоставления медицинских услуг продолжаются структурные преобразования, направленные на усиление первичной медико-санитарной помощи, формирование экономически более эффективного института семейной медицины, внедрение современных подходов к лечению заболеваний, основанных на рекомендациях ВОЗ.

В исследовании "Условия жизни, стиль жизни и здоровье населения Казахстана" при изучении проблемы медицинского обслуживания населения рассматривались вопросы: оценка качества медицинской помощи населению, определение характеристик населения получавших медицинскую помощь, расчет средств, затрачиваемых на получение медицинской помощи.

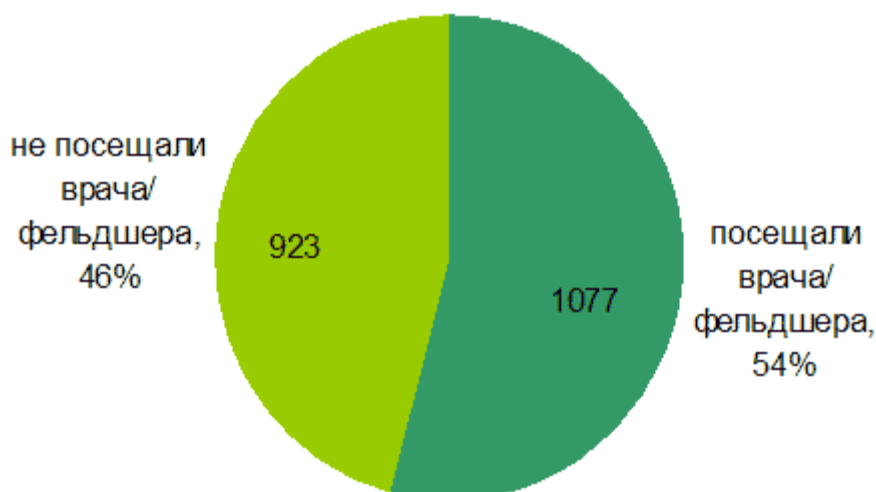
Исследование было проведено в декабре 2001 года, опрошено 2000 респондентов методом личного стандартизированного интервью в возрасте 18 лет и старше, выборка репрезентировала распределение населения Казахстана по регионам и типу поселения, для отбора домохозяйств использована маршрутная выборка, респонденты в домохозяйствах отбирались на основании правила ближайшего дня рождения.

Посещаемость медицинских учреждений

По данным Министерства здравоохранения Республики Казахстан в 2001 году при обращении в лечебные учреждения в Республике зарегистрировано 7720,3 тыс. заболевших, или 52,1 тыс. заболеваний на 100 тыс. населения, что на 3,1% больше, чем в 2000 году и на 9,8% ниже уровня 1991 года. Это связано с тем, что резко снизилась обращаемость населения за медицинской помощью.⁴

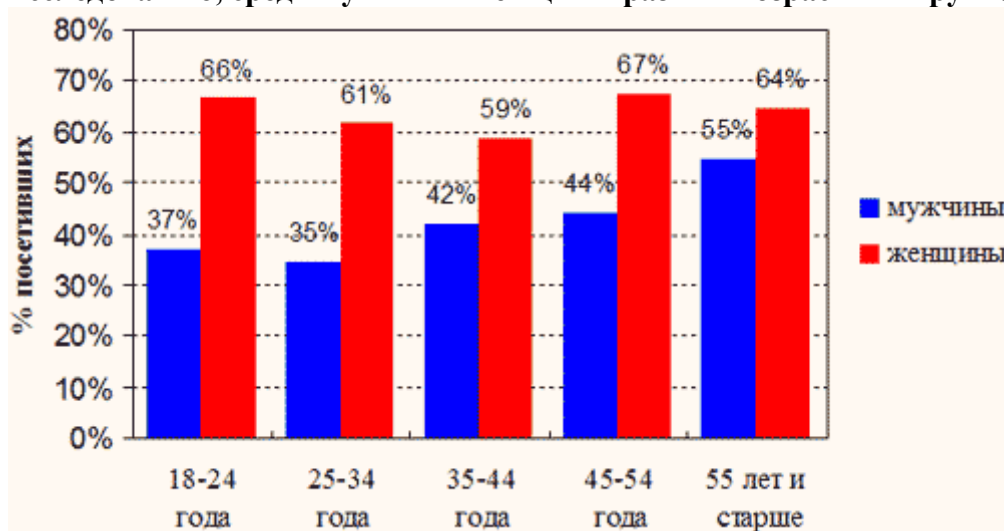
Данные результаты проведенного исследования показывают недостаточно высокую степень посещаемости населения врача или фельдшера в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию. Почти половина опрошенных - 46% не посещали врача или фельдшера, только 54% опрошенных респондентов проходили обследование у врача или фельдшера. (См. рисунок 1)

Рисунок 1. Посещение врача или фельдшера в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию.



Как мы видим на рисунке 2 во всех возрастных группах у мужчин уровень посещения врача или фельдшера ниже, чем среди женщин, но есть одна закономерность, что у мужчин посещаемость увеличивается постепенно с возрастом. У женщин в возрасте 25-44 лет снижается посещаемость врачей, это можно объяснить такими обстоятельствами, как хорошее состояние здоровья в этот период и репродуктивными функциями женщин.

Рисунок 2. Посещение врача или фельдшера в течение 12 месяцев, предшествующих исследованию, среди мужчин и женщин в разных возрастных группах.



При анализе признаков, связанных с получением медицинской помощи, с применением многовариантной логистической регрессии, на вероятность посещения врача влияет - пол, образование, самооценка здоровья и материальное положение. В таблице 1 приведены признаки, которые оказывают наибольшее влияние на получение респондентами медицинской помощи: это женщины по сравнению с мужчинами, люди имеющие высшее образование и оценивающие свое здоровье как плохое.

По полученным данным исследования в целом мы видим, что люди неплохо оценивают получаемые ими медицинские услуги. Большинство респондентов оценивают качество полученной медицинской помощи скорее как хорошая - 67%, очень хорошая - 13% и скорее плохая отмечают 11%. И только 2% респондентов не довольны качеством полученной медицинской помощи. (См. рисунок 4)

Рисунок 4. Оценка качества полученной медицинской помощи со стороны людей, обратившихся за ней в течение 12 месяцев.



Стоимость медицинской помощи

Государственный заказ, определяемый гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, размещается между поставщиками медицинских услуг, независимо от форм собственности, на конкурсной основе в соответствии с Законом Республики Казахстан "О государственных закупках". Законодательно закреплены принципы оплаты медицинской помощи, основанные на объемных показателях деятельности медицинских организаций, многоканальность форм финансирования медицинских услуг.

В 2001 г. расходы на здравоохранение по отношению к ВВП составили 1,9% (в 1991 г. 3,7%). В государственном бюджете 2002 г. на здравоохранение выделено 8% от общего объема расходов, что выше, чем в 2001 г. на 0,7 млн. тенге.⁴

По полученным данным исследования 2002 года для получателей в 60,9% случаев стоимость медицинской помощи оказывалась бесплатно, либо за нее платило предприятие. 39,1% медицинской помощи оплачивалась самими получателями, а средняя стоимость медицинской помощи, за которую платили сами респонденты, составила 2460 тенге. Минимальная оплата за медицинскую помощь составляет 40 тенге, а максимальная 70 тысяч тенге. В долларах США это составляет от 30 центов до 480 долларов США.

Самая высокая средняя стоимость медицинской помощи оказывается частными врачами и в больницах или в специализированных медицинских учреждениях.

Рисунок 5. Средняя стоимость медицинской помощи по месту ее оказания.



Также респондентам задавался такой вопрос как, "Что делать человеку, которому необходимо срочно лечь в больницу, а в больнице говорят, что мест нет?". На основании полученных результатов 36% опрошенных предпочитают использовать связи или же предложить врачу определенную сумму (29%), а также 21% респондентов упрасивали бы о своей скорейшей госпитализации, обратились бы с жалобой 20% и смирились бы с этой проблемой 14% опрошенных. Только 13% респондентов обратились бы к человеку, занимающемуся нетрадиционной медициной.

Выводы

Таким образом, медицинскую помощь в течение года получили 54% респондентов. На вероятность обращения опрошенных за медицинской помощью оказывает влияние самооценка состояния здоровья, пол, образование, а также материальное положение. Проблемы доступа к квалифицированной медицинской помощи большинством респондентов будут решаться неформально, то есть с использованием личных связей и подарков врачам. На счет качества предоставляемых медицинских услуг медицинскими учреждениями респонденты оценивают скорее хорошими. Наибольшие размеры расходов на получение медицинской помощи характерны для частной медицины и больниц.

¹ Казахстанский фармацевтический вестник, № 11, июнь 2001 г. стр. 5

² Состояние здоровья населения и система здравоохранения Республики Казахстан 1991-2001 годы. Астана, 2001, стр. 20-21.

³ Статистическое обозрение Казахстана. №3, Алматы, 2002 г, стр. 77-81