

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ФОРМЫ ПРОЯВЛЕНИЯ

Д. Жапарова, доцент КТУ «Манас», damirajaparova@mail.ru
Н. Шабиева, Nurra89@mail.ru

THE GLOBALIZATION OF HEALTH: A FORM OF MANIFESTATION

D. Japarova, Associate Professor, KTU «Manas», damirajaparova@mail.ru
N. Shabieva, Nurra89@mail.ru

Abstract

Globalization is a complex socio-economic process that involves all spheres of life, including health care. The impact of globalization on health is twofold: on the one hand, there are new opportunities to develop health care, scientific and technical cooperation, access to health services in other countries. On the other hand, there are potential threats to the health of individual states, as the "brain drain" as a result of migration of health personnel abroad. In addition to global health is observed progression of global epidemics. This paper investigates the influence of forms of globalization on the health sector in general and the example of Kyrgyzstan in particular.

Key words: Globalization of Health, the liberalization of international trade in health services, the consumption of services abroad, the international migration of health personnel, the emergence of global epidemics, the public health system.

Ключевые слова: глобализация здравоохранения, либерализация международной торговли медицинскими услугами, потребление услуг за рубежом, международная миграция медицинского персонала, возникновение глобальных эпидемий, государственная система здравоохранения.

Глобализация является сложным, многогранным социально-экономическим процессом современного мира и затрагивает практически все сферы жизнедеятельности, в том числе здравоохранение, которое является стратегически важной отраслью, элементом национальной безопасности страны. Повышение качества здравоохранения, способствуя развитию человеческого капитала, обеспечивает тем самым долгосрочный экономический рост. Существует довольно тесная взаимосвязь между потенциалом здоровья населения и экономическим ростом. Исследования ученых показывают, что ущерб от заболеваемости, инвалидности и смертности населения очень значителен. Так, по расчетам ряда специалистов, экономический ущерб от потери здоровья населения России в начале 2000 г. составлял около 65 млрд. долл. США [1]. Общество несет прямые потери от заболеваний и преждевременной смертности

трудоспособного населения. Кроме того, профилактика заболеваний, особенно инфекционных, дает значительный эффект для экономики страны.

В связи с этим на глобальном уровне развитие человеческого капитала признается в качестве важного фактора конкурентоспособности страны. Глобализационные процессы в здравоохранении носят двоякий характер: с одной стороны, у стран появляются новые возможности развивать отечественное здравоохранение, как, например, научно-техническое сотрудничество, доступ населения к медицинским услугам других стран и др. Улучшение коммуникационных технологий открывает широкие возможности для обмена информацией по вопросам здравоохранения и создает условия для профилактики заболеваний.

С другой стороны, возникают потенциальные угрозы для здравоохранения от-

дельных государств, как, например, «утечка умов» медицинского персонала за рубеж. Для общемирового здравоохранения в целом происходит прогрессирование глобальных эпидемий. Поэтому влияние глобализации на сферу здравоохранения необходимо рассматривать, учитывая вышеизложенные аспекты.

Происходящие в мире процессы экономической интеграции, приводящие к глобализации мирохозяйственных связей, открывают широкие возможности для тех, кто может использовать этот потенциал. Так, глобализация создала реальные возможности для интеграции международных усилий в борьбе с такими опасными заболеваниями, как СПИД, туберкулез, гепатит. Широко известным примером успеха такого подхода является искоренение оспы во всемирном масштабе.

В современном мире функционирует около 200 международных медицинских организаций и ассоциаций, которые ведут мониторинг состояния здоровья и здравоохранения в мире и составляют рекомендации для стран. Среди них наиболее значимыми являются Всемирная организация здравоохранения, международные организации Красного Креста, движение «Врачи без границ», ЮНЭЙДС.

Успешная программа иммунизации, координируемая ЮНИСЕФ, позволила предупредить полиомиелит и другие смертоносные болезни у миллионов детей. Последние международные инициативы в области здравоохранения ознаменовались созданием международного фонда для борьбы со СПИДом, малярией и туберкулезом (Глобальный фонд).

В рамках грантов Глобального фонда в Кыргызстане большое значение придается повышению потенциала знаний медицинских специалистов, работающих в отделениях медицинских лечебных учреждений по лечению туберкулеза. В 2011г. было обучено 480 медицинских работников, 60 лаборантов туберкулезных учреждений. Оказывается социальная поддержка людям, живущим с ВИЧ-инфекцией, больные получают непрерывную терапию в таких государственных организациях, как центры «СПИД» [2].

Глобализация сферы здравоохранения проявляется, прежде всего, в либерализации

торговли медицинскими услугами, сопровождающейся ростом потребления услуг за границей. Это может происходить по различным причинам. Во-первых, относительно низкое качество системы здравоохранения, отсутствие необходимых специалистов и жизненно важных лекарственных препаратов в аптеках некоторых стран, как, например, Кыргызстан, приводит к тому, что население этих стран, если есть средства, вынуждено получать медицинскую помощь за рубежом.

Во-вторых, когда услуги здравоохранения становятся недоступными для граждан страны в силу своей дороговизны (например, в США), пациенты для решения своих проблем вынуждены уезжать за пределы страны [3].

В-третьих, такие страны, как Индия, Малайзия, Таиланд при высоком уровне образования, используют свои конкурентные преимущества, как, например, дешевая рабочая сила.

В результате потребления услуг за границей, то есть когда пациенты едут за пределы страны для лечения, средства граждан переводятся в медицинские учреждения импортирующей страны. В результате страна-донор теряет значительные средства, в которых нуждается отечественная медицина. В Кыргызстане только по пересадке почек выехали за границу за последние годы около сорока больных.

Когда медицинские специалисты осуществляют врачебную практику в других странах, кратковременное присутствие медицинского персонала за рубежом оказывает, в основном положительное влияние на страну-экспортера. Решается проблема занятости, и выехавшие специалисты имеют доступ к новым технологиям.

Относительно небольшая заработная плата в сфере здравоохранения, плохие условия работы приводят к тому, что люди покидают страну в поисках лучшей жизни. Различия в заработной плате между странами-импортерами и странами-экспортерами рабочей силы определены как одна из наиболее важных причин миграции. Высокая заработная плата в странах-импортерах является притягивающим фактором миграции. Следует отметить, что долговременное пребывание медицинских сотрудников за рубежом или международная миграция медицинского персонала сопровождаются определенной эконо-

номиической выгодой от денежных переводов медицинских работников, работающих за рубежом.

Однако постоянный отток медицинских кадров из страны имеет отрицательные последствия для страны-экспортера, особенно если речь идет о развивающихся странах, где прогрессируют такие тяжелые формы заболевания, как ВИЧ/СПИД, малярия, туберкулез. Кроме того, страна теряет вложения в многолетнее обучение и подготовку медицинского персонала [4]. Не случайно поэтому такие страны, как США, Австралия широко используют политику привлечения высококвалифицированных специалистов. Бюджет страны-импортера экономит на образовании медицинских кадров, а также на заработной плате, поскольку труд иммигрантов существенно дешевле местных специалистов.

Достоверной статистики, которая бы позволяла с точностью говорить о том, какое число медицинских работников разных специальностей покинуло Кыргызстан за эти годы, не существует. Нет информации о том, как они трудоустроились, работают по специальности или нет. Несмотря на значительное повышение заработной платы, в Кыргызстане с каждым годом обеспеченность врачами и медицинскими сестрами снижается. За годы независимости наибольший отток кадров произошел в сфере здравоохранения.

Врачи уезжают в основном в ближнее зарубежье – Россию и Казахстан. В результате оттока специалистов сложилась самая тяжелая ситуация в южных районах страны. По данным Министерства здравоохранения, только в 2011 г. 75 врачей выехали за пределы республики из Джалал-Абадской области, 35 – из Баткенской. Поэтому в этих регионах очень часто один врач совмещает несколько специальностей – хирурга, травматолога, терапевта и т.д. В такой ситуации о качестве медицинских услуг не может быть и речи. В итоге: 64% врачей и 44% медицинских работников со средним специальным образованием – пенсионного и предпенсионного возраста [5]. Если такая ситуация сохранится в ближайшее время, то в данной сфере останутся одни пенсионеры.

Таким образом, несмотря на трехкратное повышение заработной платы, тенденция миграции медицинских работников продолжается. Кроме того, это повышение не отрази-

лось на качестве медицинского обслуживания, что характеризует отсутствие реального экономического механизма стимулирования. Выплата заработной платы осуществляется за счет единственного источника – фонда оплаты труда. Заработная плата состоит из гарантированной и дополнительной частей. И стимулирование качества труда не выходит за рамки этого фонда, так как сумма гарантированной и дополнительной заработной платы соответствует фонду оплаты труда.

Согласно такому порядку начисления дополнительной заработной платы для стимулирования одного работника, надо лишить части дополнительной заработной платы другого работника, так как других источников стимулирования нет. На производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В этой связи, поскольку в медицине нет прибыли, в качестве источника поощрения может ли быть использована часть специальных средств, образованных за счет платных услуг?

Для членов ВТО либерализация медицинских услуг не является обязательным условием. Однако иностранные инвестиции в здравоохранении Кыргызстана за последние десятилетия увеличились. Существование иностранных медицинских центров и клиник влечет за собой целый ряд преимуществ и недостатков для страны. Привлечение высококвалифицированных специалистов и наличие современного оборудования, безусловно, являются положительной чертой иностранных лечебных учреждений. Однако иностранные клиники и медицинские центры в основном представлены в столице (Бишкеке) и рассчитаны на богатых пациентов, поскольку они предлагают дорогостоящие услуги, оплатить которые могут только состоятельные люди. Цены медицинских услуг для региональных рынков здравоохранения недоступны.

Среди отрицательных последствий прямых иностранных инвестиций в системе здравоохранения можно выделить внутреннюю «утечку мозгов», то есть отток высококвалифицированных специалистов в частные медицинские центры, где заработная плата и условия работы существенно лучше, чем в национальных. Вследствие этого, в результате нехватки персонала в государственных лечебных учреждениях, люди вынуждены

длительное время находиться в ожидании очереди на операции и даже на обследование к специалистам.

Наблюдается тенденция роста тарифов на медицинские услуги. При низком уровне доходов большинства населения происходит сокращение объемов бесплатной медицинской помощи и расширение системы оплаты медицинских услуг. Это привело к снижению эффективности общественного сектора системы здравоохранения. Таким образом, происходит постепенное формирование двухступенчатой системы здравоохранения, где складывается сектор более качественных платных услуг для состоятельных людей и низкокачественных бесплатных услуг для тех, кто не может платить. В первом из них сосредотачиваются высокоспециализированные технологии и медицинские кадры, что привлекает как население, так и самих медицинских работников.

Медицинские работники мигрируют из государственного сектора в частный, из больниц в фармацевтические компании. В результате сектор общественного здравоохранения, потребность в котором особенно велика у пожилого и отягощенного различными заболеваниями населения, страдает от недоукомплектованности оборудованием и медицинскими кадрами, в нем существуют длинные очереди на госпитализацию и прием специалистов. В то же время коммерческий сегмент, доступный для материально обеспеченных слоев населения, имеет в избытке первоклассное оборудование и медицинских специалистов. В этих условиях важно, чтобы иностранная конкуренция в сфере оказания медицинских услуг не ухудшала доступа населения к медицинским услугам, не снижала справедливости финансирования, не приводила к разложению государственного сектора здравоохранения.

Одновременное сокращение финансирования гарантированных государством услуг привело к снижению объемов бесплатной медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях, и активно развивается тенденция введения платы за услуги населением в условиях высокого уровня бедности.

В Кыргызстане в сфере здравоохранения при помощи доноров проведен ряд реформ.

За этот период донорами вложено около 77 млн. долл., из них на программу госгарантий использовано 62%, а 38%, или 29 млн., были израсходованы на такие цели, как закупка медицинского оборудования, однако при этом ощутимых результатов не достигнуто.

Национальные программы и программные кредиты ставили определенные цели. Первая – сокращение в республике смертности, особенно детской и материнской. Она не была достигнута. По данным Минздрава КР, показатели младенческой смертности в стране на 1 тыс. новорожденных в 2011 г. составили 20,7, тогда как в среднем по странам СНГ – 11,7, в России – 8,1, в Казахстане – 18,2. Высокими остаются показатели материнской смертности, которые по республике составили в 2011 г. в расчете на 100 тыс. населения 50,6 случаев.

Вторая цель – снижение заболеваемости населения и увеличение числа вылеченных пациентов – также не была достигнута. Об этом свидетельствует тенденция роста за последние годы заболеваемости в Кыргызской Республике и ее регионах. Наблюдается устойчивый рост числа заболевших граждан по всем регионам Кыргызстана, в особенности в г. Бишкеке, что связано с продолжением внутренней миграции в республике. Система здравоохранения не в состоянии обеспечить доступ населения к качественной медицинской помощи.

На 1 сентября 2012 г. в Кыргызстане зарегистрировано 4417 ВИЧ-инфицированных больных. Рост заболеваемости вирусным гепатитом за 9 месяцев 2012 г. составил 1,6 раза. Их число по республике достигло 8874 против 5774 в 2011 г. В Кыргызстане 39,7% взрослого населения, то есть более 1 млн. человек, страдает от гипертонической болезни [6].

И только третья цель – реформа структуры отрасли и ее финансирования – частично достигнута. Однако это произошло за счет ликвидации фельдшерско-акушерских пунктов, слияния детских и взрослых больниц и поликлиник. Резко сократилось количество больниц, их осталось всего 101. Обеспеченность врачами в сравнении со странами СНГ из года в год снижается. Существует резкая диспропорция в кадрах, в регионах ощущается недостаток врачей. Хотя 72% бюджета здравоохранения КР в 2011 г.

израсходовано на заработную плату, проблема утечки кадров из государственных медицинских учреждений остается [7].

Для решения данной проблемы интересным представляется опыт Турции. Врачи, оказывающие медицинскую помощь в учреждениях государственной формы собственности, получают зарплату на основании общегосударственной тарифной сетки. Сверх этого им начисляются дополнительные выплаты из оборотных средств или возобновляемых фондов. Учреждения здравоохранения устанавливают финансовые связи с государственными и частными организациями, а также с отдельными гражданами, и непосредственно от них получают плату за оказанные медицинские услуги. Полученные таким образом доходы распределяются между работниками медицинского учреждения. Вторая часть заработной платы абсолютно независима от государственного участия. Иногда этот дополнительный доход может намного превышать размер основной заработной платы.

Фонд оплаты труда в стационарах определяется на основе затрат прошлого года за «пролеченный случай», что далеко не соответствует «пролеченности» больного. Имеет место неэффективное распределение трудовых ресурсов медицинского сектора по регионам. По-прежнему сохраняется проблема миграции медицинских работников внутри Кыргызстана, что сказывается на предоставлении и доступности медицинского обслуживания в сельской местности и отдаленных районах.

Интересным также представляется опыт Турции, где владельцам полисов SSK (обязательного медицинского страхования) за счет средств медицинского страхования предоставлена возможность пользоваться услугами частного сектора и обслуживаться в частных аптеках. Пациент, имеющий зеленую карту (льготное право на бесплатное лечение), за амбулаторную медицинскую помощь в государственных учреждениях ничего не платит, исключая плату за назначенный препарат (20% для работающих и 10% – соплатеж пенсионеров)[8].

Выпускники наших медицинских вузов ежегодно получают распределение в регионы, где они востребованы, однако в регионы они

не едут. Минздрав реализовал программу «Депозит врача», направленную на привлечение врачей первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) к работе в сельской местности за счет предоставления им определенных стимулов. Правительство определило сумму финансирования для обеспечения материального стимулирования 150 врачей сроком на три года. В рамках этой программы на счет каждого врача ежемесячно зачисляется по 3000 сом. (приблизительно 77 долл. США) [9], которые можно будет периодически получать на протяжении трехлетнего срока работы. Однако указанная сумма не является привлекательной для молодежи, и процесс внешней и внутренней миграции продолжается.

Следующая форма проявления глобализации – трансграничная поставка медицинских услуг, или телемедицина. Телемедицина представляет собой дистанционную врачебную практику с использованием аудио- и видеосистем и техники передачи данных. Она включает передачу общих медицинских сведений о пациентах, установление диагноза, консультации и лечение, а также дистанционные медицинское образование и передачу информации. Внедрение телемедицины позволяет экономить время и деньги, затраченные на поездку в учреждение здравоохранения и получение медицинской услуги. Это особенно актуально для отдаленных районов страны, а также в условиях глобализации и дает возможность получить необходимую консультацию, не выезжая за пределы своей страны.

Сейчас этому виду оказания медицинских услуг уделяется все больше внимания, но пока он развит недостаточно. Телемедицина входит в платный сектор услуг, и для ее развития необходимы соответствующие оборудование и инфраструктура. Направление телемедицины развивается во многих странах (США, Великобритания, Франция, Россия) и имеет, на наш взгляд, большое будущее. В Кыргызстане для повышения качества диагностики и лечения конкретных пациентов, а также для обмена медицинской информацией между специалистами обсуждается проект Закона «О телемедицинских услугах» [10].

Либерализация торговли и сжатие расстояний приводит к быстрому распростране-

нию опасных заболеваний между странами и возникновению международных эпидемий. Как результат этих процессов, в Кыргызстане увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,5 раза, число заболевших составило 5138 случаев против 3416 за 6 месяцев 2011 г. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется в Баткенской, Иссык-Кульской областях и в г. Оше, превышая республиканский показатель в 1,3; 1,1; 1,7 раза соответственно.

По отчетным данным [9], в республике по сравнению с прошлым годом отмечается рост заболеваемости туберкулезом на 17,9%. Зарегистрировано 3068 случаев против 2839 случаев в 2011 г. Наиболее высокие показатели отмечаются в Чуйской области и в городах Ош и Бишкек. За 6 месяцев в республике возросла заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 29,3%, зарегистрировано 412 случаев против 320 в 2011 г. Из них среди детей до 14 лет в 2012 г. зарегистрировано 136 случаев против 17, что в 8 раз больше, чем за аналогичный период 2011 г. [9].

Таким образом, глобализация мировой экономики, повлекшая за собой глобализацию заболеваний, в конечном итоге может привести к обратной тенденции - «закрытию» экономик. Страны, стремясь защитить свое население и экономику от последствий эпидемий, становятся менее заинтересованными в международном сотрудничестве. В этом проявляется еще одно противоречие процесса глобализации.

Глобализация эпидемий влечет за собой такие ощутимые экономические последствия для всего мира, как сокращение туристических и деловых поездок в страны, где существует эпидемия какого-либо заболевания; снижение прибыли транспортных компаний; сокращение общего объема торговли товарами в результате запрета на ввоз товаров из зараженных стран; сворачивание экономических связей между странами. (Европейский союз вследствие эпидемии вируса А/Н1N1 приостановил диалог о создании Зоны свободной торговли с Латинской Америкой).

Таким образом, либерализация торговли медицинскими услугами может принести развивающимся странам как дополнительную выгоду, так и новые проблемы. С одной стороны, глобализация является мощным импульсом для дальнейшего развития

мирового рынка медицинских услуг и доступа населения к качественным услугам здравоохранения, а с другой – в условиях неразвитости национальных систем здравоохранения большинства развивающихся стран открытие границ для свободной торговли медицинскими услугами может повлечь за собой стагнацию национальной системы.

Использованные источники

1. Антонов, Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении [Текст] / Д.П.Антонов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – Москва, 2005. – Вып. 6.

1а. Antonov, D.P. Zarubeshnyi opyt formirovaniya finansovyh resursov v zdavoohranenii [Text] / D.P.Antonov, 2005. – Вып. 6.

2. Глобальный фонд: ПРООН отвечает всем требованиям фонда относительно обеспечения прозрачности и эффективности использования грантовых средств [Электронный ресурс] <http://www.undp.kg/ru/media-room/news/article/3-news-list/1874>

2а. Global'nyi fond: PROON otvechaet vsem trebovaniyam fonda otositel'no obespecheniya prozrachnosti i effektivnosti ispol'zovaniya grantovyh sredstv [Elektronnyi resurs] <http://www.undp.kg/ru/media-room/news/article/3-news-list/1874>

3. Матинян, Н.С. Теория и практика функционирования систем здравоохранения в условиях глобализации [Текст]: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Н.С.Матинян. – М., 2009.

3а. Matin'an, N.S. Teorija i praktika funkcionirovaniya sistem zdavoohranenija v uslovijah globalizacii [Text]: avtoref. diss. ... d-ra med. Nauk / Matin'an N.S. – М., 2009.

4. Drager, N.D., Fidler, P. Managing liberalisation of trade in services from health policy perspective. Trade and Health notes, WHO, February 2000, p.3 (UNCTAD, 2002; WTO, 2002, РАНО, 2002).

5. Абдукаримова, А.А. Вопросы международной миграции кадровых ресурсов [Электронный ресурс] <http://arch.kyrlibnet.kg/uploads/KNUABDUKARI MOVAA.A.2011-2.pdf>

5а. Abdugarimova, A.A. Voprosy meshdunarodnoi migracii kadrovyyh resursov [Elektronnyi resurs] <http://arch.kyrlibnet.kg/uploads/KNUABDUKARI MOVAA.A.2011-2.pdf>

6. <http://www.kabar.kg/rus/health/full/30063>
7. Сагинбаева, Д. В сфере здравоохранения проведен ряд реформ, но мы не достигли качества [Электронный ресурс] <http://www.akipress.org/zdorovie/news:13641/>
7а. Saginbaeva, D. V sfere zdravoohraneniya proveden r'ad reform, no my ne dostigli kachestva [Elektronnyi resurs] <http://www.akipress.org/zdorovie/news:13641/>
8. <http://www.regnum.ru>

9. Манас таалими: Отчет оценки реализации национальной программы реформы здравоохранения [Текст], 2011.

9а. Manas taalimi: Otchet otcenki realizatsii nacional'noi programmy reformy zdravoohraneniya [Text], 2011.

10. <http://www.knews.kg/ru/society/16567>

Сентябрь 2012 г.

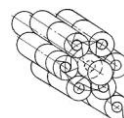
ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ДОСТИГАЮТСЯ В СТУДЕНЧЕСКОМ ТВОРЧЕСТВЕ

В. Даровских, руководитель студенческого конструкторского бюро «Поиск» кафедры «Автоматизация и робототехника», профессор КГТУ им. И.Раззакова, vdarovskih@inbox.ru

BASES OF PROFESSIONALISM ARE REACHED IN STUDENT'S CREATIVITY

V. Darovskih, Head of student's design office «Research» Department «Automation and a robotics», the professor of KSTU named after I.Razzakov, vdarovskih@inbox.ru

*Если хочешь что-то освоить,
то помоги сделать подобное другому.*



Abstract

Total results of long-term creative and research work of students of technical university in the field of automation of processes and productions are shown. In them the factual account of the periods, names, subjects, awards are generalized, relevance and organizational prospects are called, priorities and design levels are reflected.

Key words: Student, Professionalism, Demonstration, Competitions, History, Project, Researches.

Ключевые слова: студент, профессионализм, демонстрация, конкурсы, история, проект, исследования.

Интерес студенчества к самостоятельной творческой работе, к освоению перспективных направлений науки и производства поддерживается в Кыргызском государственном техническом университете им. И.Раззакова не на словах, а на деле, благодаря созданию еще в сентябре 1977 г. Студенческого конструкторского бюро «Поиск» при кафедре «Автоматизация и робототехника». Проявление студенческой инициативы для познания автоматизации процессов и производств, как наукоемкой отрасли знаний, возможно лишь в групповой работе и

комплексных исследованиях над стабильными проектами. Выполнение этих проектов предусматривается в первую очередь планами учебного процесса, а затем и в личных интересах студентов. В КГТУ им. И.Раззакова такие проекты реализуются в рамках тематики НИР: «Производственные системы, оборудование и управление ими» и «Разработка моделей ситуаций управления в детерминированных, рискованных и недетерминированных технических и экономических системах».