



став. Был избран новый президент общества, согласно уставу, и 5 вице-президентов.

Отличительной чертой данного конгресса было то, что в его работе приняли активное участие спасательные гонные организации Европы. Специально было проведенное практическое заседание о работе вертолетных служб спасения в горах, вызвавшего большой интерес участников. По предварительной записи для участников также организацией ICAR были организованы практические занятия по лечению травм при проведении спасательных операций, иммобилизации и наложению шин на горе Мисти. Из Кыргызстана было представлено 2 доклада. В

секции хронической горной болезни выступил профессор Алдашев с лекцией на тему "Высотная легочная гипертензия у кыргызских жителей Тянь-Шаня и Памира". Также был представлен стендовый доклад об измерении уровня выдыхаемого оксида азота у работников Кумтор Оперейтинг Компани (авторы Винников Д. В., Бримкулов Н. Н., Реддинг-Джонс Р.)

В целом, как отметили участники конгресса на последнем заседании, несмотря на то, что представители некоторых горных стран не смогли в полном объеме участвовать в заседаниях, работу конгресса можно признать очень успешной.

ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ.

Колопов А.С.

(Заведующий отделом Аппарата Омбудсмана Кыргызской Республики).

Обеспечение прав граждан Кыргызской Республики на охрану здоровья является первоочередной задачей государства. Право на здоровье тесно взаимосвязано с другими правами и в значительной степени зависит от реализации таких прав как право на частную жизнь, жилище, достаточный жизненный уровень, образование, труд, запрет пыток и рабства, доступ к информации и т.д. Для улучшения доступа населения к медицинским услугам, повышения эффективности социальной защиты уязвимых групп населения, в соответствии с законами Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан Кыргызской Республики", Национальной программой реформы здравоохранения Кыргызской Республики "Манас таалими" на 2006-2010 год, утвержденной постановлением Правительства Кыргызской Республики от 16 февраля 2006 года №100 разработана Программа "государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью" (Постановление Правительства №363 от 24.08.2007г.).

Право на здоровье является одним из основных прав человека и необходимо для реализации всех остальных прав. Это право отражено во многих международных договорах по правам

человека. Наиболее подробно это право отражено в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (МПЭСКП). В соответствии со статьей 12 МПЭСК государства-участники признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, а также всевозможных мер для осуществления этого права. Права граждан на пользование услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья закреплены в Законе Кыргызской Республики "Об охране здоровья граждан в КР" от 09 января 2005 года.

Помимо МПЭСКП, право на здоровье закреплено в Конвенции о правах ребенка, в Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, а также в Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.

Низкая заработная плата врачей и медицинских сестер приводит к тому, что из медицинских учреждений уходят профессионалы, нехватка которых существенным образом оказывает негативное влияние на качество оказываемых медицинских услуг, следствием которых является высокая коррумпированность и мздоимство среди медицинских работников.



Сотрудниками Аппарата Омбудсмана (Акый-
-чы) Кыргызской Республики регулярно про-
-водится мониторинг состояния обеспечения
-медицинскими услугами, осуществляется прием
-граждан по заявлениям и жалобам,

Основными результатами реализации Наци-
-ональной программы реформы здравоохранения
-Кыргызской Республики "Манас" (1996- 2005 гг.)
-стали не только сохранение государственной
-системы здравоохранения, но и такие револю-
-ционные преобразования как создание инсти-
-тута семейной медицины, структурные измене-
-ния в секторе, направленные на усиление эф-
-фективности медико-санитарной помощи.

Внедрена система обязательного медицинс-
-кого страхования, иницирующая прогрессив-
-ные методы финансирования, система Единого
-оплательщика Программа государственных гаран-
-тий, Дополнительная программа ОМС лекар-
-ственного обеспечения застрахованных граждан
-на амбулаторном уровне. Реализована переориен-
-тация системы медицинского обслуживания
-с дорогостоящей стационарной помощи на ус-
-луги первичного здравоохранения.

Национальная программа реформы здравоо-
-хранения Кыргызской Республики "Манас таали-
-ми" на 2006-2010 годы утверждена постановле-
-нием Правительства Кыргызской Республики от
-16 февраля 2006 года №100 и является логичес-
-ким продолжением предыдущей Программы ре-
-формирования "Манас".

Наряду с этим имеются определенные недо-
-статки в сфере здравоохранения и ниже немно-
-го излагаем те упущения с критической точки
-зрения, учитывая мнение независимых меди-
-цинских экспертов.

Министерство здравоохранения Кыргызской
-Республики, проводит реформу развития здра-
-воохранения КР по долгосрочной программе
-расчитанный на 1991-2010 гг., которая заверша-
-ется в этом году. Несмотря на данные Министер-
-ства здравоохранения Кыргызской Республики,

предшествующая стадия реформы не обеспечи-
-ла за десять лет каких-то существенно заметных
-сдвигов в области охраны здоровья населения и
-на качестве оказываемой населению медицинс-
-кой помощи. Специалисты отмечают в ней мно-
-жество декларативных и малоэффективных по-
-ложений. Чиновники от здравоохранения не
-смогли понять, что процесс реформирования
-сложной и столь важной для всего населения
-страны отрасли не может проводиться без учас-
-тия тех специалистов, которые в последующем
-будут осуществлять реализацию концептуальных
-положений, т.е. без участия врачей и руководи-
-телей учреждений здравоохранения. Реформи-
-рование здравоохранения ведется, уже больше
-десяти лет, а показатели здоровья населения от
-этого не становятся лучше, медицинская помощь,
-напротив, становится все менее доступной для
-основной части населения страны, врачи и ме-
-дицинские сестры и по размерам оплаты труда
-поставлены в униженное положение "вымо-
-гателей", а многие опытные специалисты вы-
-нуждены покинуть страну и работать в просто-
-рах России, Казахстана и др. государств.

На основании данных Министерства здра-
-воохранения Кыргызской Республики приведем
-несколько примеров негативных фактов:

1. В области реформы Центрального аппара-
-та управления Министерства здравоохранения
-Кыргызской Республики.

Так если в начале 2000 г. штатная численность
-сотрудников центрального аппарата Министер-
-ства здравоохранения Кыргызской Республики
-и его подразделений составляла всего 65, то на
-сегодняшний день их общая численность возрос-
-ло до -223, т.е. рост количества чиновников со-
-ставило 343% от первоначального уровня.

Штатная численность сотрудников централь-
-ного аппарата Министерства здравоохранения
-Кыргызской Республики и его подразделений по
-данным Министерства здравоохранения Кыр-
-гызской Республики.

Министерство здравоохранения:

2006	2007	2008	2009
65	53	65	65



Фонд обязательного медицинского образования (ФОМС):

1991	2001	2003	2005	2009
нет	42	42	44	57

Медицинская аккредитационная комиссия (МАК):

1991	2001	2003	2005	2009
нет	10	10	10	11

Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники (ДЛОиМТ):

2001	2003	2005	2009
75,5	83	83	90

Если в 90 годы сотрудники аппарата Министерства здравоохранения Кыргызской Республики размещались в единственном здании по ул.Т.Молдо 1, то на сегодняшний день 223 сотрудников Министерства здравоохранения Кыргызской Республики размещены:

1. В здании бывшей консультативной поликлиники Национального госпиталя, которого отобрали в ходе реформы;

2. В здании Национального центра охраны материнства и детства, которого также изъято в ходе реформы. (Данная структура называется центром развития здравоохранения);

3. В здании Национального хирургического центра;

4. В новом вновь построенном здании Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;

5. В здании бывшего НИИ курортологии (ФОМС).

В результате проведенной управленческой реформы в целом по стране получили разнородную структуру управления системой здравоохранения в регионах. К примеру если в Бишкеке сохранился принцип единоначалия т.е. процессом управляет и координирует директор БТУ ФОМС (ныне департамент), то в областях имеются по меньшей мере 4 руководящие структуры: Объединенная областная больница, структура областного ФОМСа, Руководитель ЦСМ, СЭС.

Приоритетными направлениями реформы в

рамках программы "Манас" были объявлены вопросы охраны материнства и детства, усиление роли первичной медико-санитарной помощи, а фактически реформа началась с ликвидации главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям, должности зам.министра по вопросу охраны материнства и детства, кроме этого в областях были ликвидированы должности главных врачей областных детских больниц и роддомов. Несмотря на то, что отмечается некоторая тенденция улучшения интегральных показателей заболеваемости, смертности и рождаемости, некоторые данные, свидетельствуют об обратном. Примеры, материнской смертности в перинатальном центре г.Бишкек и в Кочкорском районе.

Еще один пример, нам не удалось получить ответ от Министерства здравоохранения Кыргызской Республики на вопрос, почему отдельные главные врачи без ведома вышестоящих учреждений на территории больниц и роддомов строят здания коммерческого и некоммерческого назначения, не имеющих никакого отношения к медицине. (банки, магазины, кафе и др.).

Специалисты, ученые, руководители учреждений здравоохранения, врачи больше не желают, чтобы еще десять лет были упущены и допустить окончательного разрушения сильно деградировавшей системы здравоохранения.

Известно, что более "состоятельные" граждане ведущих стран мира оплачивают вдвое и втрое меньшую часть медицинской помощи (в среднем 24%). Это вызывает обоснованное не-



сельство нашего не очень богатого населения, поскольку нет более важной и более чувствительной для людей проблемы.

Специалисты обеспокоены тем, что медицинская помощь становится все более недоступной для населения, а это, ведет к увеличению числа людей нуждающихся в высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи, что еще больше увеличит число людей с трудно и неизлечимыми формами заболеваний, к росту числа людей со сниженной трудоспособностью, инвалидов по заболеваниям, приведет к дальнейшему сокращению продолжительности жизни, увеличению смертности, сокращению численности населения. Все это снижает производительный потенциал государства и откладывает на длительный срок выход из кризиса, лишает людей надежды на достойную жизнь и отразится на здоровье будущих поколений.

В этих условиях возникает законный вопрос, почему мы должны непременно "наступать на грабли", отказываться от использования огромного интеллектуального и профессионального потенциала, имеющегося в стране?

Вызывает недоумение, почему имея на сегодняшний день в стране 7 медицинских вузов или факультетов, которые занимаются подготовкой медицинских кадров, у нас наблюдается острая нехватка специалистов в регионах и эта тенденция прогрессирует, качество же подготовки молодых медиков с каждым годом ухудшается. Так, по данным статорганов, лишь каждый 4 или 5 выпускник медвуза работает по специальности.

Еще один факт который не может вызвать тревогу: около 60% населения страны проживает в отдаленных регионах и в сельской местности т.е. в районе обслуживания ФАП-ов. На начальном этапе реформы забыли данный вопрос, а в программе "Манас таалими" ввели новое понятие год реабилитации ФАП-ов. К примеру раньше в структуре врачебных амбулаторий и ФАПов были родильные койки, потому что радиус обслуживания их находился далеко от районной больницы.

Основным элементом советской медицины была ее профилактическая направленность и преимственность, на сегодняшний день основ-

ной смысл реформы сводиться к коммерциализации медицины. ("Финансы идут за больными"). (Если в стационар попадает больной, то он вносит сооплату и оплачивает дополнительные услуги (сервис, лекарство и пр.) и больница зарабатывает, а ЦСМ работают в роли наблюдателей и в, принципе, кроме того, что выписывают рецепты и осматривают больного семейный врач на сегодняшний день особо ничего не может делать).

Попробуем расшифровать:

1. Реформирована женская консультация, где проводилась профилактическая работа и диспансеризация беременных женщин (Пример отсутствия и слабости этой работы случаи материнской смертности в роддоме №4 и в роддоме Кочкорского района).

2. Ликвидация т.н. кабинетов здорового ребенка в детских поликлиниках, лишение самостоятельности родовспомогательных учреждений в регионах. На сегодня, кроме Ошской областной детской больницы, в других областях нет ни родильных, ни детских областных больниц, как юридического лица.

3. Реформа специализированной наркологической и кожновенерологической службы привела к резкому увеличению числа больных с "ВИЧ" и инфекциями "нового поколения". Львиная доля больных данной патологией лечение получает у частнопрактикующих врачей. В этой связи, детального изучения требует проблема частной и платной медицины и их законодательная база.

4. Национальные центры и НИИ медицинского профиля были предназначены преимущественно для обслуживания населения регионов и в 80-90 гг. до 80% больных в указанных учреждениях были из отдаленных регионов и сельской местности, а сегодня НЦ и НИИ преимущественно обслуживают городское население (до 50-80%), а сельские жители не могут приехать по известным причинам, во-первых, и почти во всех указанных учреждениях внедрены платные мед.услуги, во-вторых.

Можно ли в этих условиях говорить о доступности специализированной помощи для жителей отдаленных регионов?