

# ВВЕДЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ГРУЗИИ

Верулава Т.Н., Каландадзе Т., Васадзе О.Г.

*Национальный центр управления здравоохранения МЗ Грузии*

*Государственная компания медицинского страхования*

Одним из основных этапов реформирования системы здравоохранения Грузии является формирование принципов системы обязательного медицинского страхования, которое начало действовать в стране, начиная с 1996 года. Одновременное введение программного и программно-целевого финансирования здравоохранения, в свою очередь, позволило обеспечить развитие приоритетных направлений в деле оказания медицинской помощи населению. (1).

Несмотря на значительные трудности и нередко прямое противодействие со стороны части персонала здравоохранения, система обязательного медицинского страхования уже реальность и сегодня основное внимание организаторов здравоохранения привлекают больше проблемы, связанные с ее дальнейшим развитием, совершенствование системы оплаты как медицинских учреждений, так и персонала (2).

Следует отметить, что многоэтапный процесс реориентации системы здравоохранения Грузии осуществляется с определенными трудностями, обусловленными многими факторами. Переход системы здравоохранения на рыночные взаимоотношения, введение специальной системы оплаты для пациентов за оказанную медицинскую помощь, на первом этапе, вызвала определенное недовольство в обществе. Серьезной проблемой явилось и неимение нужного опыта в практике осуществления финансовой реформы, что способствовало возникновению ряда проблем. С другой стороны, было очевидно, что в условиях существующих экономических сложностей, государство более неспособно выполнить взятые на себя обязательства по оказанию бесплатной медицинской помощи населению. В начале 90-х годов ухудшение основных показателей здоровья населения в стране стало очевидным. Резко снизилась рождаемость, увеличилось количество случаев социально-опасных заболеваний, особенно среди детей и пожилого населения (3).

Вышеизложенное ускорило процесс реориентации существующей системы здравоохранения. Были определены потребности общества, разработаны новые принципы организации системы медицинской помощи, содержание ее деятельности. Был введен механизм отбора и осуществления приоритетных направлений, конкретно определены обязательства государства и реальные возможности в деле обеспечения населения медицинской помощью.

В процессе проведения реформы, медицинские учреждения перешли на хозрасчетные взаимоотношения. Получение ими дохода и его распределение было основано на качественно новых условиях. Совершенно изменились механизмы оплаты медицинского персонала за выполненную работу, которые в настоящее время осуществляются на контрактной основе.

Учитывая вышеизложенное, цель исследования – комплексная оценка эффективности внедрения основных этапов формирования системы медицинского страхования в Грузии, комплексная оценка новых методов оплаты медицинского обслуживания.

Научный анализ систем финансирования, действующих в развитых странах в сфере здравоохранения свидетельствует, что новые методы, внедренные в процессе реформ, в основном, адекватны и отвечают как системы, так и населения (4, 5). Это же подтвердили и данные опроса представителей той части населения Грузии, которые охвачены программами медицинского страхования.

**Материал и методы исследования.** В целом, в проведенном опросе участвовало 500 родителей пациентов детского возраста и 320 медицинских работников учреждений здравоохранения региона Самегрело-Земо Сванети.

Следует особо подчеркнуть то обстоятельство, что в регионе достаточно сложная демографическая ситуация, обусловившая сокращение детского населения, особенно контингента, подлежащего обязательному медицинскому страхованию ( в возрасте до 2 лет). Значительно уменьшилось как число рожениц ( в 1996 году – 4383 рожениц, в 1997 году - 3913, а в 1998 году – 3810 рожениц), так и число физиологических родов (75.2% от общего числа родов по данным 1998 года).

Безусловно, это нашло отражение и в росте числа детей первых лет жизни, имеющих различные отклонения в состоянии здоровья. В первую очередь, это касается детей из неблагополучных семей (беженцы из Абхазии, лица с доходом прожиточного

минимума, безработные и т.д.). Процесс внедрения новых методов финансирования системы здравоохранения, охват обязательным медицинским страхованием социально незащищенных слоев населения, определенным образом расширило доступность медицинской помощи и, в конечном итоге, повлияло на повышение уровня удовлетворенности родителей пациентов деятельностью существующих служб здравоохранения.

**Результаты исследования и их осуждение.** Серьезного внимания требуют данные, полученные в ходе опроса относительно частоты обращаемости к врачу в связи с болезнью ребенка. Так, по свидетельству большей части респондентов, их дети стали чаще болеть, что, безусловно, требуют принятия необходимых мер. Имеет место выраженная сезонность заболеваемости детского населения, что напрямую связано не только с типичной динамикой детской патологии, но и, что особенно тревожно, с нередким употреблением в семьях дешевых, недостаточно качественных продуктов питания, отсутствием в зимнее время стабильного отопления, электроэнергии, газоснабжения (таблица 1).

*Таблица 1. Частота заболеваемости среди детей в возрасте до 2 лет (по данным опроса населения)*

Частота случаев заболевания детей

|           | Абс.число | %    |
|-----------|-----------|------|
| Один      | 56        | 11.2 |
| Два       | 295       | 59   |
| Три       | 44        | 8.8  |
| 4-5 раз   | 73        | 14.6 |
| 6 и более | 32        | 6.4  |
| Всего     | 500       | 100  |

Большинство опрошенных отметило, что их ребенок в течение года болел несколько раз. Вместе с тем, следует особо подчеркнуть, что нередко, в связи с экономическими трудностями, родители не всегда своевременно обращались к врачу (таблица 2).

Таблица 2. Частота обращаемости к врачу в случае заболевания ребенка

|   | Абс.число | %    |
|---|-----------|------|
| В случае болезни ребенка                        | 51        | 10.2 |
| Всегда обращаюсь к врачу                        | 401       | 80.2 |
| В большинстве случаев<br>Обхожусь своими силами | 9         | 1.8  |
| Только в крайнем случае                         | 34        | 6,8  |
| Затрудняюсь ответить                            | 5         | 1    |
| Всего   | 500       | 100  |

Это обстоятельство достаточно тревожно, если учесть тот факт, что часто, из-за отсутствия средств, в случае болезни ребенка родители вовремя не обращаются к врачу, пытаются самостоятельно оказать ему необходимую помощь. Однако, вследствие низкой санитарной культуры, достаточной доступности медикаментов, родители бесконтрольно дают больному ребенку сильнодействующие препараты, в том числе антибиотики, что нередко ведет к тяжелым последствиям. В силу вышеприведенных причин в регионе участились случаи поздней госпитализации тяжелобольных детей.

По нашему мнению, решение отмеченной проблемы возможно не только проведением среди родителей соответствующей разъяснительной работы, но и путем введения соответствующих штрафных санкций для тех учреждений, которые, несмотря на соответствующий договор с государственной страховой компанией, не осуществляют должного патронажного наблюдения за детьми, особенно в возрасте до одного года. Это особенно важно, учитывая тот факт, что несмотря на наличие страхового полиса, гарантирующего оказание бесплатной медицинской помощи, нередко врачи требуют дополнительного вознаграждения от пациента. Так, большинство опрошенных указали, что в течение года несколько раз использовали страховой полис (среди них один раз 15.6%, 2 раза – 34,8%, 3 раза и более – 38,4%), однако в 80,2 случаев, им все же пришлось дать врачу дополнительное вознаграждение.

Существующая ситуация явно компрометирует мероприятия, которые предусмотрены реформой здравоохранения и требует соответствующего реагирования.

Одними из реальных путей для исправления существующей ситуации является своевременное финансирование медицинских учреждений. Очевидно, что задержка

оплаты выполненной работы ставит в тяжелое положение медицинское учреждение, т.к. из-за отсутствия средств невозможно приобретение необходимых реактивов, медикаментов, инвентаря. Вовремя не выдается заработная плата мед. персоналу, что в конечном итоге, сводит на нет гарантии государства об обеспечении застрахованным бесплатной медицинской помощи. Это, безусловно, способствует возникновению различных нарушений, ослабляет контроль качества медицинской помощи. Кроме чисто экономического ущерба (что выражается в двойной оплате за одну и ту же услугу со стороны бюджета и непосредственно пациента) фактически финансируется т.н. теневой рынок медицинских услуг. Так, например, несмотря на то, что участвующие в медицинских страховых программах учреждения обязаны бесплатно обеспечить пациента медикаментами согласно определенным стандартам, однако, 78% опрошенных отметило, что они были вынуждены приобрести часть медикаментов за собственные средства.

39.2% опрошенных считает, что не имеет смысла брать полис, т.к. им и так приходится дополнительно вознаграждать медицинский персонал. Несмотря на вышесказанное, следует особо подчеркнуть, что введение страховых полисов явно облегчило положение социально незащищенных слоев населения. Достаточно отметить, что 69.6% опрошенных отметили, что полис помог им в получении адекватной медицинской помощи, что учитывая относительно короткий период функционирования системы медицинского страхования, которая фактически находится в стадии формирования, является значительным шагом вперед.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Alford R.A. The Political Economy of Health Care: Dynamics Without Change, 1972. –

300 p.p.

2. Altenstetter Christa, James Warner Bjorkman. Health Policy Reform, National Variations and Globalization. – Washington, 1991. – 350 p.p.

## SUMMARY

### INTRODUCTION OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM IN GEORGIA . PROBLEMS AND PERSPECTIVES

Verulava T., Kalandadze T., Vasadze O.

*National Health Management Center of the Ministry of Health of Georgia,*

*State Medical Insurance Company*

Transition of Georgian health system to new economic relations, introduction of the principles of obligatory health insurance, establishment of program-based and purposeful financing of health system allowed determination of health priorities in medical service of the population.

Summarizing the results of health system reform, It is possible to conclude that despite to serious difficulties in comparison with previous years the definite improvement of the Health State of the population is achieved. Concentration of the efforts of the State, Directed towards support of socially unprotected groups of the population, provision of the principles of equity and accessibility in obtaining adequate medical care allowed significant strengthening of existed situation.

As the basis of the given study was used the data to the assessment of state insurance, programs accomplished directly by the population, particularly parents of children under 2 years of age, receiving the hospital care at health facilities of the Samegrelo region.

**Key words:** health system, population, insurance.

*Рецензент д.м.н., профессор О.Герзмава*