

*Болотбекова Э.К. - соискатель
КГЮА
УДК 342:351.77](575.2)*

К ВОПРОСУ О РЕТРОСПЕКТИВНОМ АНАЛИЗЕ РАЗВИТИЯ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

***Аннотация:** В статье проводится анализ становления и развития организационно-правовых форм медицинских организаций в Кыргызстане в периоды: до вхождения Кыргызстана в состав России представителями из народа и религии; в составе России до 1917 г.; в составе СССР с 1917 года, а также особенности реформирования системы здравоохранения страны после обретения суверенитета и до наших дней*

***Аннотация:** Макалада элдердин жана диндин окулдорунун Россиянын курамына киргенге чейинки; 1917 жылга чейин Россиянын курамында; 1917 жылдан кийин СССРдин курмындагы мезгилдериндеги Кыргызстандын медициналык уюмдарын уюуштуруучу укуктук формаларынын тузулушуна жана онугушуна анализ жүргүзүлөт. Ошондой эле олконун суверенитетке ээ болгондон баштап бугунку кунго чейинки саламаттык сактоо системасындагы реформалоонун озгочо-луктору каралат.*

***Annotation:** Conducted the analysis of formation and development of organization and legal forms of the medical organizations in Kyrgyzstan during the periods: before the entry of Kyrgyzstan to the structure of Russia by the representatives from the people and religion; as a part of Russia till 1917; as a part of the USSR since 1917, as well as the peculiarity of reforming of public health services system of the country after the sovereignty and till present days.*

***Ключевые слова:** Охрана здоровья населения, народная медицина, народные целители, медицинские учреждения, специализированные службы здравоохранения, медицинская помощь, медицинское образование, создание, реорганизация медицинских учреждений, система здравоохранения*

***Негизки сөздөр:** Калктын саламаттыгын сактоо, элдик медицина, элдик даарыгер, медициналык мекемелер, саламаттык- сактоонун атайын (специализацияланган) кызматы, медициналык жардам, медициналык билим беруу, тузу, медици-налык мекемелерди кайра тузуу, саламаттык- сактоо системасы.*

***Key words:** Population health care, nontraditional medicine, healer, medical institutions, specialized health care services, medical aid, medical education, creation, reorganization of medical institutions, system of health care*

Здравоохранение - это система социально-экономических и медицинских мероприятий, цель которых сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом.

Здоровье сегодня стало социально значимым феноменом, по уровню и состоянию которого принято судить о степени развитости и благополучия общества. Здоровье следует понимать как один из важнейших ресурсов для ведения благополучной жизни, для удовлетворения физических, психических, социальных, культурных и духовных потребностей. Негативные тенденции и показатели общественного здоровья - это серьезная социально-политическая проблема, требующая усилий всего общества.

Состояние здоровья населения государства - один из важных показателей уровня развития государства. «Социальная роль здравоохранения совершенно определенно усматривается в том, что оно поддерживает творческий потенциал народа, текущую работоспособность миллионов людей, увеличивает продолжительность трудовой жизни благодаря снижению уровня заболеваемости и смертности» [1].

Кыргызская государственность долгое время развивалась несистемно, в связи с чем разные сферы общественной жизни, в том числе и сфера охраны здоровья не была урегулирована правом. Длительное время в Кыргызстане государство не принимало участия в заботе и охране здоровья населения. Медицина была народной. Медицинских учреждений как институций не существовало. Они были представлены народными целителями.

Выходцы из народа - это были табибы, бакши (шаманы), бабки-повитухи занимались лечением, обезболиванием, профилактикой различных заболеваний. Средствами лечения болезней у них выступали различные отвары, настойки из лекарственных трав, корнеплоды лекарственных растений и др. Использовались средства растительного, животного и минерального происхождения, а также физиотерапевтические и другие методы лечения. Использовали шкуру только что убитого животного для обертывания, кишечника животного.

Табибы квалифицировались по двум направлениям: табибы-пульсовики (тамырчы), которые ставили диагноз на основе сердцебиения, и таби-бы-костоправы (сыныкчы), занимавшиеся правкой, выравниванием костей.

Народные целители могли также лечить и инфекционные заболевания. В случае вспышки чумы или оспы, больного изолировали от других, помещали в отдельную юрту, даже перекочевывали на другие места, а уход за больным обеспечивала старуха, которая уже перенесла болезнь.

Кроме того, в связи с влиянием религии, которая играла не последнюю роль в жизни кыргызов, как и других среднеазиатских народов, активно использовались различные заговоры и заклинания, практиковалось кровопускание. Путем заклинаний, заговоров изгоняли «злых духов», поселившихся в душе человека, путем кровопускания исцеляли тело человека. Медицинскую помощь оказывали представители религии: муллы. Таким

образом, здоровье населения находилось в руках отдельных лиц, занимающихся врачеванием.

Вопросы охраны здоровья населения стали принимать очертания государственного характера со вступлением Кыргызстана в состав Российской империи, история государственной медицины которой насчитывается более 400 лет. Как отмечают исследователи, основополагающим принципом российской медицины «еще в XVI в. была признана необходимость государственной заботы о больных и немощных. В отличие от стран Западной Европы с сильными общественными институтами и традициями, становление отечественного здравоохранения в основном проходило в недрах российской государственности: от первых государственных учреждений - Аптекарского приказа (1581 г.), Медицинской канцелярии (1721-1762 гг.), Медицинской коллегии (1763-1803 гг.) до создания «приказной медицины», уездных врачей, позднее - уездных управ с определенным уровнем децентрализации и элементами хозяйственной самостоятельности»[2].

Вхождение в состав России наряду с развитием некоторых негативных явлений (в форме подавления и угнетения коренного населения, оттеснения его с лучших земель, увеличения налога и др.) способствовало развитию отдельных сфер жизнедеятельности страны. В частности, можно говорить о зарождении государственных основ здравоохранения. Стали появляться медицинские учреждения: в воинских частях царской армии были созданы лазареты, в городах, селах - больницы. Населению стала оказываться медицинская помощь в медицинских учреждениях. До установления Советской власти на территории современного Кыргызстана функционировало 4 городских больниц (г. Пишпек, Токмок, Пржевальск, Ош). В них было размещено 70 коек, а в 5 сельских больницах было организовано 30 коек. «На одну больницу приходилось в среднем 140 тыс. человек, на одного врача 57 тыс. человек. За медицинской помощью в среднем обращалось около 10% населения». Кроме того, русские врачи организовывали так называемые летучие врачебные отряды для оказания медицинской помощи населению Средней Азии, в том числе и Кыргызстана. К примеру, известно, что в 1909 году русским врачом Е.И.Чуковским в течение месяца работы в Пишпекке была оказана помощь 724 больным и проведено 242 операций.

В целом в начале XX века здравоохранение Кыргызстана было представлено крайне небольшим числом медицинских учреждений в городах. В 1913 году в стране было 6 больниц (4 городских госпиталя и 2 сельских больницы), 9 амбулаторий и 5 аптек[3].

После установления Советской власти был дан новый импульс развитию системы здравоохранения на территории Кыргызстана. В 1918 году (тогда Кыргызстан находился в составе РСФСР) было создано «единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины и основывающееся на таких

принципах, как бесплатность и доступность, профилактика, единство науки и практики, участие населения в мероприятиях по охране здоровья»[4].

Длительное стихийное развитие сферы охраны здоровья обуславливало появление проблем в данной сфере, прежде всего связанных с состоянием здоровья населения: развивались различные эпидемические заболевания, наблюдалась высокая смертность и низкая рождаемость. Насущной необходимостью была правовая регламентация общественных отношений в данной сфере и прежде всего организация государственного управления сферой охраны здоровья населения.

В течение 1918-1920 гг. был разработан и принят ряд юридических документов, регламентирующих различные стороны осуществления лечебно-диагностической и профилактической медицинской помощи. Это декреты 1918 года «О страховании на случай болезни» и «О национализации аптек», декрет 1919 года «О мерах по борьбе с эпидемиями» и другие внутриведомственные акты.

Таким образом, в новом Советском государстве, а вместе с ним и в Кыргызстане, стали развиваться основы государственной системы здравоохранения. Кроме нормативной базы развиваются организационно-правовые основы государственного управления медициной. Были созданы органы управления здравоохранением в форме Народного комиссариата; были организованы «чрезвычайные комиссии, санитарные комиссии по борьбе с эпидемиями, а также санитарная милиция; проводится борьба с социальными болезнями (туберкулез, венерические заболевания); проводится работа по обеспечению общедоступной, бесплатной, квалифицированной лечебной и лекарственной помощью. Были организованы 7 заразных барачков (на 40 коек каждый) для лечения инфекционных больных; в 1921 г. принято Постановление «Об обязательном оспопрививании». Проводится работа по обеспечению общедоступной, квалифицированной лечебной и лекарственной помощи.

31 января 1924 года была принята первая Конституция Советского государства, в которой всеобщие меры в области здравоохранения были отнесены в ведение верховных органов власти. «В соответствии со ст. 67 Конституции, Центральные исполнительные комитеты республик образовывали свои исполнительные органы - советы народных комиссаров, в составе предусматривался и Наркомздрав, организующий всю лечебно-профилактическую работу на территории республики»[5].

Развитие Кыргызского государства в форме автономной республики способствовало дальнейшему развитию отечественной системы здравоохранения. Исходя из норм Конституции РСФСР 1924 года, для управления отдельными отраслями государственного управления создаются Народные Комиссариаты. Первый Народный Комиссариат Здравоохранения в Киргизской АССР был сформирован в 1927 году, первым наркомом здравоохранения был назначен Ш.Ибрагимов.

В Кыргызстане, начиная с 1925 года стали создаваться специализированные службы здравоохранения. Так, в г.Фрунзе открылись первый

роддом, детская консультация, произведена реорганизация венерической амбулатории в венерический диспансер, в г. Токмаке и с. Кочкор были открыты венерические пункты. С 1926 года была введена новая форма медицинского обслуживания населения в селах: врачебно-подвижные отряды, задачами которых было не только лечение населения, но и изучение краевой патологии.

«Период 1927-29 гг. был ознаменован быстрым и масштабным развитием сети учреждений здравоохранения: строительством больниц, амбулаторий, фельдшерских пунктов и передвижных медицинских учреждений»[6].

В автономном Кыргызстане проводится дальнейшее развитие здравоохранения: развивается сеть здравоохранительных учреждений. Кроме того в целях охраны здоровья в процессе трудовой деятельности на промышленных предприятиях организуются здравпункты. Особое внимание уделялось охране материнства и детства. Развитие получает также санаторно-курортное дело.

В 1928 г. в городе Фрунзе был открыт фельдшерско-акушерский техникум. Увеличилось число больниц, число сотрудников сферы здравоохранения. Так, число врачей к 1935 году достигло - 167, фельдшеров - 200; количество же больниц дошло до 62[7]. С 1935 года начали работать передвижные медицинские группы по борьбе с туберкулезом, трахомой, сифилисом и прочими кожно-венерическими болезнями. Произошло улучшение в сфере санитарии и эпидемиологии. Известно об открытии в 1938 году Санитарно-Бактериологического Института. «К 1940 году система здравоохранения располагала всеми основными медицинскими отраслями: лечебно-профилактической, аптечной, санитарно-эпидемиологической службами и судебной-медицинской экспертизой. В стране были 1 туберкулезный и 11 кожно-венерологических диспансера, 9 санитарно-эпидемиологических станций (СЭС), 10 санаториев и 59 аптек»[8].

В Кыргызстане стало развиваться медицинское образование. Если в 1928 году для подготовки среднего медицинского персонала (акушеров, фельдшеров, лабораторных ассистентов, а позже рентген-лаборантов и техников) было открыто первое медицинское училище, теперь кыргызское медицинское образование предоставлялось Киргизским Государственным Медицинским Институтом (переименованным в Кыргызскую Государственную Медицинскую Академию в 1996 году), основанным в 1939 году, и 5 медицинскими училищами.

Система здравоохранения Советского Кыргызстана, как и всего Советского государства, развивалась по модели Н.Семашко, который провозгласил главные принципы советской медицины: 1) государственное обеспечение здравоохранения; 2) всеобщий доступ к бесплатным медицинским услугам; 3) профилактическая направленность здравоохранения. На основе этих принципов в Советском Союзе развивалась единая система здравоохранения, контроль над которой осуществлялся государством.

С началом Великой Отечественной войны в июне 1941 года возникла необходимость реорганизации системы органов здравоохранения, обусловленной введением военного положения. «В тылу срочно создавались эвакуационные госпитали, был создан Госпитальный Совет Министерства здравоохранения СССР и его органы на местах»[9]. Кыргызстан представлял собой глубокий тыл, где не проходили непосредственные военные действия и поэтому здесь была развернута широкая сеть медицинских учреждений. «В городах число коек увеличилось с 2 353 в 1940 году до 3 860 - в 1945 году. Число стационарных учреждений в сельской местности возросло в 1940 году с 79 до 94 в 1945 году, а число коек - с 1 471 до 2 073. Также было создано 34 фельдшерских пункта и 26 женских и детских консультации»[10].

После окончания Великой Отечественной войны проведена реорганизация медицинских учреждений страны: больницы были объединены с амбулаторными учреждениями, например, ФАПы, СВА и службы скорой медицинской помощи стали структурными подразделениями центральной районной больницы, больничные учреждения по охране здоровья матери и ребёнка - с женскими и детскими консультациями; была также реорганизована санитарно-эпидемиологическая служба, что привело к значительному улучшению здравоохранения Кыргызстана. В послевоенные годы основной упор делался на инфраструктуру организаций здравоохранения, укрупнение медицинских учреждений, а также строительство и введение в эксплуатацию новых учреждений.

Работа в направлении совершенствования специализированной медицинской помощи была осуществлена путем открытия к 1955 году противотуберкулёзных, онкологических, психиатрических диспансеров во всех областных и районных центрах. Следует отметить также улучшение здравоохранительной базы сёл: к 1965 году сельские лечебно-профилактические учреждения были представлены 20 центральными и 11 номерными райбольницами, 145 сельскими участковыми больницами, 697 фельдшерско-акушерскими пунктами, 211 колхозными роддомами. В отношении оказания медицинской помощи сельскому населению была прочно утверждена этапность оказания медицинской помощи. Было увеличено количество фельдшерско-акушерских пунктов (к 1980 г. их насчитывало 905), усилена мощность многих участковых больниц. Проводилось укрупнение терапевтических и педиатрических врачебных участков. Стоит отметить, что в советский период основное внимание уделялось развитию инфраструктуры организаций здравоохранения, а также развивался больничный сектор, при этом внимание обращалось на увеличение койко-мест. Так, в 1980 г. в республике работало 267 больничных учреждений на 43600 коек, в том числе 4 479 коек для беременных и рожениц, а в 1990 году число больничных учреждений дошло до 304, количество коек до 52245. В сельской же местности для развития медучреждений данному сектору передавались вновь построенные или недостроенные объекты, которые предназначались для размещения различных учреждений, организаций. Известно, что было передано более 600 таких объектов.

После обретения суверенитета Кыргызстан прошел через коренные экономические и политические изменения, превратившись из Советской республики с командной экономикой в независимое государство с более демократической и рыночной системой. Это обусловило коренное реформирование системы здравоохранения. В Кыргызстане в 1992 году были приняты первые законы по охране здоровья населения. Это Закон «Об охране здоровья населения», Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», Закон «О медицинском страховании», Закон «О донорстве крови и его компонентов». Значительное влияние на сектор здравоохранения повлиял кризис экономики, происходящий в стране после развала Советского Союза. Так, в 1990 г. расходы на здравоохранение составляли 4,2% к ВВП, а в 2000 г. - 2,1% к ВВП (1295,9 млн. сомов). Тем не менее произошли структурные изменения в органах и учреждениях здравоохранения: создание новых организационно-правовых форм медицинских учреждений, реорганизация существующих и др. Реформа сферы здравоохранения была направлена на повышение ее эффективности и рациональности. Касалось это, прежде всего сокращения ресурсов койко-мест. Так, в 1991-2000 г.г. их количество сократилось более чем на 18800 коек.

В январе 1997 г. в стране была введена система обязательного медицинского страхования, согласно которой каждый гражданин в случае болезни мог рассчитывать на бесплатное предоставление медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В советский период, как известно, функционировали отдельные поликлиники для взрослых, детей, женщин, студентов, а также специализированные поликлиники, обслуживающие особый контингент; сотрудников МВД, военнослужащих, строителей и др. Организационно поликлиники представляли собой либо самостоятельные учреждения, либо являлись структурными подразделениями центральных районных/ городских или областных больниц. С целью реструктуризации системы предоставления медицинских услуг, а также с целью рационализации деятельности городских поликлиник взрослые и детские поликлиники, а также женские консультации в 1996 г. были объединены в объединенные/ многопрофильные поликлиники. В 2002 г. они были реорганизованы в ЦСМ - центр семейной медицины, который представляет собой самое крупное учреждение амбулаторно-поликлинической службы и располагается в главных населенных пунктах района. В данных медицинских учреждениях оказываются услуги первичной медико-санитарной помощи, специализированная амбулаторно-диагностическая помощь, проводится рентген и ультразвуковое исследование. При этом стоматологические услуги предоставляются стоматологическими поликлиниками, причем платные медицинские услуги впервые стали предоставляться именно в данной сфере здравоохранения.

В 1995-1996 г.г. в Иссык-Кульской области был внедрен пилотный проект ГСВ (группы семейных врачей). ГСВ представляет собой новый тип организационно-правовой формы лечебно-профилактических учреждений,

созданный после обретения независимости Кыргызстана, основанный на базе существовавших ФАПов, СВА (сельских врачебных амбулаторий), поликлиник и СУБ (сельских участковых больниц). Данная модель затем была постепенно внедрена по всей стране. К 2002 г. последние СВА были полностью преобразованы в ГСВ, а некоторые были просто закрыты. В составе ГСВ работает один врач, медсестра и акушерка, которые обслуживают населенные пункты, в котором проживает более 2000 человек. В зависимости от численности населения увеличивается численность медперсонала ГСВ.

В настоящее время граждане страны обладают правом выбора ГСВ. Однако механизмы реализации данного права остаются несовершенными, фактически население может обращаться в ГСВ только в соответствии со своей пропиской.

Кроме того, для оказания первой медпомощи организована служба скорой медицинской помощи (СМП). СМП входит в структуру крупных больниц (городские, территориальные, центральные районные больницы). В 2004 году несколько отделений СМП организационно стали относиться не к больницам, а к центры семейной медицины (ЦСМ), причем ожидается продолжение работы в данном направлении.

В годы независимости стало признаваться, что больничный сектор является сектором с излишними мощностями, в связи с чем целесообразно было рационализировать больничную службу. Если в советское время увеличивалось число больничных коек и важным считались койко-дни, то теперь число больничных коек резко сокращается. В стране число больничных коек в республиканских ЛПУ в 1990 г. насчитывает 56405020, в 2003 г. - 658. Что касается частного сектора, то в данном аспекте больницы не столь актуальны. Из всего количества частных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) менее 10% специализируются на больничных услугах. Так, в 2002 г. было зарегистрировано 12 частных больниц с мощностью от 3 до 50 коек.

Таким образом, советский период развития Кыргызстана характеризуется значительным развитием системы здравоохранения страны. Развивается сеть больничных учреждений, поликлиник, начинают функционировать курорты и санатории, открываются диспансеры, развивается кадровый потенциал, кроме того стали развиваться медицинское образование и медицинская наука. Основными организационно-правовыми формами медицинских учреждений в советский период были территориальные и узкоспециализированные больницы, родильные дома, поликлиники общего профиля и специализированные поликлиники, фельдшерско-акушерские пункты, сельские врачебные амбулатории, диспансеры, медицинские центры. Было организовано предоставление услуг общественного здравоохранения, направленного на реализацию профилактических мер по предупреждению заболеваний. Данные задачи решали учреждения санитарно-эпидемиологического надзора, такие как санитарно-эпидемиологические станции

районного, областного и республиканского уровней, противочумные и дезинфекционные станции.

С обретением независимости в 1991 г. Кыргызстан прошел через коренные экономические и политические изменения, превратившись из Советской республики с командной экономикой в независимое государство с более демократической и рыночной системой. Страна пережила глубокий кризис, и уровень бедности заметно вырос. Эти фундаментальные перемены потребовали реформирования всех секторов народного хозяйства, чтобы адаптироваться к меняющимся внешним условиям и справиться с трудностями перехода. Резкое сокращение финансирования здравоохранения негативно отразилось на качестве медицинских услуг, что, в свою очередь, привело к ухудшению статуса здоровья населения. Данные макроэкономические условия и вызвали необходимость в реформировании здравоохранения Кыргызстана.

В 1994 г. Министерство здравоохранения Кыргызской Республики обратился к Европейскому бюро ВОЗ с просьбой оказать техническую поддержку в разработке и внедрении программы комплексной реформы системы здравоохранения. Утверждённая Правительством в ноябре 1996 г. Национальная программа реформирования здравоохранения «МАНАС» (Программа «МАНАС») имела четыре цели:

- Улучшение здоровья населения,
- Равенство в доступе к медицинским услугам
- Рациональное и эффективное использование ресурсов здравоохранения,
- Повышение качества медицинской помощи.

Также в 1994 г. ЮСАИД начал поддержку первоначального пилотного проекта на Иссык-Куле в рамках проекта ЗдравРеформ. Данный проект был включен в национальную программу «МАНАС», и многие из конкретных мероприятий, осуществленных на Иссык-Куле, были интегрированы в качестве компонента этой программы в 1996 г. Ввиду активной деятельности многочисленных доноров в секторе здравоохранения, Программа «МАНАС» также стала звеном, объединившим усилия международных и двусторонних организаций, работающих в секторе здравоохранения[11].

В Программе «МАНАС» определены три фазы внедрения: краткосрочная (1996-1997 гг.), среднесрочная (1998-2000 гг.) и долгосрочная (2001-2006 гг.).

Реструктуризация системы предоставления медуслуг, которая должна была быть завершена в среднесрочной фазе (к 2000 году), была лишь начата в конце 2000 г., когда Правительство предусмотрело отмену «наказания» за меньшие мощности и подготовило введение системы «единого плательщика». Программа государственных гарантий, которая должна была быть разработана к 1997 г., была запущена в качестве пилотного проекта только в 2001 г.

Государственная программа «Здоровая нация», утверждённая Правительством в 1994 г., была первой комплексной национальной

политикой в области здравоохранения. В ней были определены пять приоритетов, в рамках которых должны были осуществляться 13 программ:

- **семья**
- **здоровье матери и ребёнка**
- **защита окружающей среды**
- **безопасная питьевая вода**
- **здоровый образ жизни.**

В качестве целей были установлены отдельные медико-демографические индикаторы, которые необходимо было достичь за период 1994-2000 гг..

В 2000 г. страна разработала новую национальную политику здравоохранения на период 2000-2020 гг.. Эта политика, названная «Здравоохранение Кыргызстана в XXI веке», была разработана в соответствии с принципами стратегии ВОЗ Здоровье-21. Над разработкой этого документа в 15 рабочих группах работали вместе эксперты из 9 министерств, 11 государственных ведомств и НПО.

Новая национальная политика здравоохранения также нацелена на достижение первоочередных задач Комплексной основы развития, которая была разработана в тесном сотрудничестве с Международным валютным фондом, Всемирным банком и другими международными организациями и утверждена Правительством в 2001 году. Здравоохранение включено в качестве одной из приоритетных отраслей в Основе развития с особым акцентом на улучшение здоровья населения и обеспечение доступных и качественных медицинских услуг.

Процесс реформирования потребовал принятия многочисленных законодательных и нормативных поправок для того, чтобы институционализировать необходимые изменения и обеспечить законодательные основы для дальнейшего развития и улучшения и на 2003-2005 годы были приняты новые законы и программные документы, направленные на различные аспекты развития системы здравоохранения.

Разработанная и осуществляемая в контексте переходного периода реформа здравоохранения в Кыргызской Республике очень сильно зависит от политической поддержки руководства страны и помощи внешних доноров. Так, если первое условие способствует введению необходимых институциональных изменений, то второе обеспечивает техническую экспертизу и финансовую поддержку. Подход постепенного и последовательного внедрения реформы «шаг за шагом», использованный в системе здравоохранения Кыргызстана, оказался очень эффективным. Нововведения сперва апробировались в качестве пилотных проектов в одном конкретном регионе при поддержке внешних доноров. Удачный опыт постепенно вводился в остальных регионах страны с учётом существующей инфраструктуры и имеющихся возможностей и ресурсов.

Другими важными факторами успешного внедрения реформы здравоохранения являются эффективная координация деятельности доноров в секторе здравоохранения и последовательность в управлении реформой.

Вначале координация деятельности доноров осуществлялась Главным управлением по координации и внедрению реформ, но позже эта функция перешла в Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Последовательность в управлении реформой была отчасти возможной благодаря крайне малой ротации в высшем руководстве Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, несмотря на смену министра здравоохранения в 2002 году.

Основные успехи и неудачи, риски и будущие планы по реформе здравоохранения, в основном обсуждаются в разрезе четырех ключевых компонентов реформы здравоохранения: реструктуризации системы предоставления медицинских услуг; реформы финансирования здравоохранения; медицинского образования и человеческих ресурсов; и лекарственной политики и обеспечение качества.

В современных условиях роль государства в сфере здравоохранения состоит в создании и поддержании определенных гарантий для каждой конкретной личности в области предоставления медицинской помощи, в создании разветвленной сети доступных лечебно-профилактических учреждений, в которых медицинская помощь оказывается бесплатно, а также в принятии ряда законодательных актов, регулирующих вопросы здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1) Жильская Л.В. Социальная функция государства по охране и укреплению здоровья населения и ее реализация в Российской Федерации: Диссер.... д-ра юр. наук. -М., 2006. С., 155.
- 2) Жильская Л.В. Социальная функция государства по охране и укреплению здоровья населения и ее реализация в Российской Федерации: Диссер.... д-ра юр. наук. -М., 2006. С., 156.
- 3) Мейманалиев А-С., Ибраимова А., Элебесов Б., Речел Б. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. [//http://arnt.org/ru/](http://arnt.org/ru/).
- 4) Жильская Л.В. Социальная функция государства по охране и укреплению здоровья населения и ее реализация в Российской Федерации: Диссер.... д-ра юр. наук. -М., 2006. С., 156.
- 5) Здасюк Н.И. Проблемы осуществления гражданами СССР права на медицинское лечение и обслуживание: Диссер . канд. юр. наук. - Гродно, 1990. С., 21.
- 6) Мейманалиев А-С., Ибраимова А., Элебе-сов Б., Речел Б. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. [//http://arnt.org/ru/](http://arnt.org/ru/).
- 7) Интернет-ресурс: http://medicina312.kg/page/history_kg

- 8) Мейманалиев А-С., Ибраимова А., Элебесов Б., Речел Б. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. // <http://arnt.org/ru/>.
- 9) Здасюк Н.И. Проблемы осуществления гражданами СССР права на медицинское лечение и обслуживание: Диссер . канд. юр. наук. - Гродно, 1990. С., 26.
- 10) Мейманалиев А-С., Ибраимова А., Эле-бесов Б., Речел Б. Системы здравоохранения в переходном периоде: Кыргызстан. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2005. // <http://arnt.org/ru/>.
- 11) Саргалдакова А. и др. Системы здравоохранения в переходный период: Кыргызстан. Копенгаген, Европейская обсерватория систем здравоохранения, 2000.