О.А. Омельяненко

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЕЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В России показатели смертности в три и пять раз (мужчины и женщины соответственно) выше, чем в Евросоюзе. Ежегодно от неинфекционных заболеваний в России умирает до 605 человек на каждые 100 тыс. жителей, а в ЕС – 206.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни населения в России – 66 лет, что на 12 лет меньше, чем в США, на 8, чем в Польше, и на 5, чем в Китае.

Продолжая анализировать среднюю ожидаемую продолжительность жизни в стране, нетрудно убедиться в том, что особому риску подвержены мужчины: они живут в среднем на 16 лет меньше, чем мужчины в Западной Европе, и на 14 лет меньше, чем российские женщины. При сохранении нынешнего уровня заболеваемости и инвалидности средняя ожидаемая продолжительность здоровой жизни у российских мужчин снизится до 53 лет.

Несмотря на рост благосостояния в последние годы, развитие тенденций в области демографии и состояния здоровья населения остается тревожным. Экономические расчеты показывают, что сегодня численность населения страны могла бы быть на 17 млн больше, если бы динамика показателей смертности в России с 1960-х гг. шла по тому же пути, что и в 15 странах ЕС, являющихся ее самыми давними членами.

Будущее благосостояние страны зависит от наличия большого числа здоровых и квалифицированных людей молодого и среднего возраста. Если не исправить сложившуюся ситуацию, трудовые ресурсы России продолжат сокращаться. Устойчивая, в течение 15 лет убыль населения огромной страны в мирное время – небывалый в истории феномен. Это еще и непосредственный риск для ее национальной безопасности.

За последнее десятилетие федеральные органы власти Российской Федерации проявили готовность реформировать систему здравоохранения с тем, чтобы улучшить ее функционирование и результаты, пересмотрев организацию финансирования, отношения между гражданами, поставщиками услуг и коммерческими структурами и начав реформы медицинского обслуживания во многих регионах.

Много говорится и пишется о реформе системы здравоохранения, которая попала в приоритетные национальные проекты. Но в то же время здесь можно отметить свойственный многим проектам фундаментальный методологический дефект: новое по определению предполагается лучшим, чем старое.

В 20-е гг. СССР еще с гораздо более скудными ресурсами начал реализацию проекта по созданию системы здравоохранения нового типа – не как «продажи услуг», а как государственную охрану здоровья людей. В этом проекте здоровью был придан статус национального достояния. Смысл проекта заключался не только в бесплатности системы, но и в резком усилении профилактических методов и приближении медицинских служб к населению (и в местах проживания, и на производстве).

Этот проект имел общемировое значение. У него многому научились другие страны. В 1978 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) официально признала советскую систему профилактической медицины лучшей в мире.

Реформы здравоохранения сегодня порой напоминают превращение здравоохранения в примитивный рынок по продаже медицинских услуг.

Охрана здоровья граждан государством и продажа услуг – разные вещи, как охрана страны армией или охрана больницы частной охранной структурой.

В Великобритании бюджет здравоохранения формируется государством и покрывает 87% расходов граждан на медицинскую помощь. В Японии 90% медицинских расходов покрывает государственное страхование[1].

Обратимся к принятой в мировом сообществе классификации. Государственные расходы делятся на две категории: направленные на выполнение «традиционных» функций государства (оборона, управление, правопорядок), и на выполнение «социальных» функций. В развитых странах, которые считают свое государство «социальным», на выполнение «традиционных» функций в среднем за год из государственного бюджета расходуется 11,2% средств, а на «социальные» – 70,3%. Соотношение двух категорий расходов составляет 1:6,3. В федеральном бюджете РФ в 2005 г. это соотношение составляло 2,1:1. В 2006 г. существенных перемен не произошло. Разница социально опасная: на социальные

[1] См.: Бюллетень Всемирной организации здравоохранения за 2007 год. М., 2007.

нужды и развитие федеральный бюджет относительно затрат на административно-силовой аппарат тратит в 13,5 раза меньше, чем в развитых странах (и даже в 4,9 раза меньше, чем в развивающихся странах!)[1].

Очевидно, что необходимы перемены в отношении реформирования и модернизации здравоохранения и ее социально-экономических основ. Решение проблемы возможно тем же путем, как в других странах: надо расширить и развернуть по всей стране доказавшие свою эффективность медицинские и профилактические программы для взрослых, благодаря которым люди смогут рассчитывать на более продолжительное и здоровое будущее.

Сохранить и укрепить здоровье людей, остановить рост заболеваемости и снизить смертность можно. Важную роль в этом должна сыграть диспансеризация и проведение на основе этого активной профилактики заболеваний. В данном случае диспансеризация – наиболее результативный способ оздоровления нации, а профилактика – одно из главных направлений охраны здоровья в целом и в то же время – конкретная прикладная технология диспансеризации.

Рассмотрим более подробно проблематику диспансеризации на примере военнослужащих. Если в минувшие 10 лет стало очевидным, что провозглашенный ранее курс на охват диспансеризацией всего населения оказался, по сути, декларативным заявлением, то диспансеризация, например, личного состава армии и флота, как научно обоснованная система профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, стала эффективным средством военной медицины.

По данным Центральной военно-врачебной комиссии Министерства обороны РФ (В.В. Куликов, 2003–2006 гг.), основными причинами непригодности и ограничения годности офицеров к военной службе являются болезни кровообращения (32,2 %) и нервной системы (14,4 %)[2]. При очередных призывах в 2004–2006 гг. лишь 10–20% призывников признаны здоровыми.

«Предупреждать развитие болезни, уменьшить число заболевших будет еще важнее, чем вылечить захворавшего», – эта мысль С.П. Боткина проходит красной чертой во многих работах крупнейших деятелей здравоохранения и военной медицины стра-

[1] См.: Бюджет Российской Федерации за 2005 г.

[2] См.: Материалы отчетной конференции ГВКГ им. Н.Н. Бурденко Министерства обороны РФ за 2006 г. М., 2006.

ны. Много в этой области сделано ведущими специалистами Центрального военного клинического госпиталя им. П.В. Мандрыка Министерства обороны РФ[1].

Диспансеризация в Вооруженных силах существует с 1978 г., когда вышел приказ министра обороны СССР № 300. В этом документе впервые были определены организационные и методические подходы к проведению диспансеризации в Вооруженных силах.

В нашем госпитале первое в Вооруженных силах СССР диспансерно-поликлиническое отделение – принципиально новая организационно-штатная структура – было создано в 1946 г. Впервые в истории отечественной военной медицины была разработана, научно обоснована и создана система диспансеризации руководящего состава Вооруженных сил СССР, реализована принципиально новая организационно-штатная структура в госпитале в рамках медицинской службы Вооруженных сил (диспансер – стационар – отделение восстановительного лечения) с включением в нее санаторно-курортного лечения, с центральной ролью семейного врача и приоритетом профилактики заболеваний.

В настоящее время впервые в практике лечебно-профилактического учреждения удалось преодолеть существенный разрыв между диспансеризацией в условиях поликлиники и стационара, что позволило повысить уровень диагностики, унифицировать методы обследования пациентов, рационально использовать медицинских специалистов, значительно сократить время ее проведения. Разработка вопросов организации военно-медицинской службы позволила сформулировать идеологию современной системы диспансеризации.

В госпитале на учете состоит более 4000 человек, из них почти 300 высших генералов из числа руководящего состава Министерства обороны Российской Федерации, 67 Героев Советского Союза, России и полных кавалеров ордена Славы, более 407 участников Великой Отечественной войны. Среди наблюдаемых пациентов в госпитале 64% старше 70 лет.

С 2002 г. при проведении диспансеризации мы используем обязательный диагностический алгоритм, который позволяет на самых ранних стадиях выявлять большинство заболеваний.

С 1985 г. эффективность диспансеризации офицеров и генералов, продолжающих служить, возросла почти в 2 раза при тех

[1] См.: *Чиж И.М.* Основные этапы развития военного здравоохранения России // Военно-медицинский журнал. 2004. № 2.

же показателях охвата углубленным медицинским обследованием. Другими словами, число заболеваний, выявленных впервые, возросло в 2 раза и тем самым значительно раньше стало проводиться лечение.

При некоторых нозологических формах заболеваний с расширением диагностических возможностей госпиталя и перечня исследований в рамках существующих стандартов показатели эффективности возросли еще больше. Так, выявляемость артериальной гипертонии при проведении углубленного медицинского обследования впервые достигла в 2003 г. 8,5% по отношению ко всем пациентам, которые находятся под динамическим наблюдением в госпитале с этой нозологической формой (1947 г. – 2%)

Полное и своевременное использование всех диагностических и лечебных возможностей госпиталя позволило в течение трех лет исключить у высших офицеров, наблюдающихся в госпитале, в качестве «дебюта» артериальной гипертонии ее осложнения, в частности мозговой инсульт.

Подобные же результаты достигнуты и в отношении ишемической болезни: за последние три года ни в одном случае это заболевание не «дебютировало» инфарктом миокарда. Лечение этих грозных осложнений в десятки, а порой сотни раз дороже лечения среднестатистического гипертоника или больного, страдающего ишемической болезнью сердца.

К сегодняшнему дню большинство онкологических заболеваний диагностируются на ранних стадиях (72,1% – один из лучших показателей не только в России, но и в мире), что, несомненно, влияет как на своевременность оказания медицинской помощи, так и на длительность жизни пациентов после проведения лечения. По нашим наблюдениям, показатели выживаемости больных, которые были прооперированны при ранних стадиях онкологических заболеваний, достигали 10 лет и более, а при поздних – не более одного-двух лет и требовали значительно больших финансовых затрат.

Многолетняя эффективность проводимой в госпитале диспансеризации еще более подтверждается тем, что средняя продолжительность жизни наших пациентов в последние годы превышает 80 лет как у мужчин, так и у женщин.

В 2003–2006 гг. среди пациентов госпиталя из числа офицеров в запасе и в отставке 67,4% продолжали работать, а средний возраст работающих после увольнения со службы составил 73,1 года.

Показатели эффективности проводимого углубленного медицинского обследования при проведении диспансеризации в госпитале достигают 95,5%. Одновременно с этим число обострений хронических заболеваний у служащих офицеров за 18 лет снизилось втрое, число случаев трудопотерь – более чем в 2 раза.

Наш опыт показал, что профилактика осложнений, прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний, должна начинаться на этапе выявления факторов риска, которые можно отнести к медико-социальным проблемам. Так, вероятность развития инфаркта миокарда повышается более, чем в 4 раза у больных с артериальной гипертонией, у больных с избыточным весом – в 3 раза, при повышении общего холестерина – в 1,5 раза, при систематическом курении – в 2 раза.

Наряду с анализом накопленного опыта в госпитале продолжаются исследования, связанные с разработкой новых подходов к диспансеризации и переосмыслением ее методологии.

Одним из новых методологических подходов к проведению диспансеризации в определенных группах пациентов со сходной патологией является выделение понятия «категория риска». Именно единое понимание категорий риска у больных с артериальной гипертонией позволяет достичь единого понимания в отношении планирования и определения объема ресурсного обеспечения, связанного с планированием числа и длительности госпитализаций, а также показателей, характеризующих нуждаемость в медикаментозном обеспечении и средние затраты на лечение (см. табл.). В представленной таблице это наглядно представлено.

Увеличение продолжительности жизни, уменьшение количества трудопотерь, отсутствие осложнений, раннее выявление и рано начатое лечение, профилактика заболеваний – вот путь сохранения трудового ресурса общества, его здорового генофонда.

Системный подход к управлению экономическими методами предполагает единство экономических, организационных, медицинских, технологических усилий, ставящих своей целью функционирование четкого, взаимосвязанного механизма «объем – качество – себестоимость – эффективность», являющегося универсальным как для одной поликлиники, госпиталя, отделения, так и для службы в целом. Системный подход к управлению госпиталем экономическими методами, как и модель конечных результатов, предполагает глубокое изучение и оценку менеджмента и маркетинга медицинских услуг, их объема, качества, себестои-

мости и эффективности. С точки зрения экономических методов управления важно то, что каждая стадия единого процесса имеет цену, качество, эффективность.

Затратные показатели при достижении целевых уровней АД у больных с артериальной гипертонией в амбулаторных условиях (2006 г.)			
Низкий риск (АГ без факторов риска)	Средний риск (АГ факторы риска)	Высокий риск (АГ, факторы риска и поражения органов-мишений)	Очень высокий риск (АГ, факторы риска и поражения органов-мишений, ассоциированные заболевания)
Относительное число больных			
2	15	41	42
Число/средняя длительность госпитализации в течение года (на 1000 чел.)			
15/11 дней	32/14 дней	72/17 дней	324/22 дней
При поражении органов-мишений и возникновении ассоциированных заболеваний частота госпитализаций у больных АГ с высокими категориями риска возрастает в 5–20 раз!			
Показатель нуждаемости в медикаментозном лечении (%)			
12	33	82	100
Средние затраты (у. е.) при амбулаторном достижении целевого АД на одного больного (день/месяц/год)			
1/17/64	1,7/43/235	2,6/89/957	10/313/3811
Рост стоимости лечения больных с очень высоким риском больше в 50–60 раз!			

Источник: Материалы итоговой отчетной конференции 2-го ЦВКГ им. П.В. Мандрыка за 2006 г.

Вопросы оценки эффективности деятельности военно-медицинской службы и качества диспансеризации разработаны и освящены в специальной литературе недостаточно. Во многом это связано с тем, что в прежних экономических условиях организационная работа военно-медицинской службы строго регламентировалась нормативами, что не позволяло при необходимости маневрировать использованием конкретных ресурсов и, тем самым, влиять на эффективность работы лечебно-профилактических учреждений.

Чтобы результаты были долгосрочными, успешно реализуемые программы необходимо расширять и распространять в других ведомствах и регионах. Чрезвычайно важны государственные мероприятия по внедрению здорового образа жизни и укреплению органов здравоохранения, которые должны играть более эффективную роль в профилактике и лечении хронических заболеваний. Для продвижения реформ в данной области потребуется выработать стратегию, а также внедрить инновационные финансовые инструменты, например гранты на укрепление здоровья.

С переходом к рыночным отношениям особенно важно подключить «командирский» сектор. Слабое здоровье сотрудников и подчиненных оказывает негативное воздействие на состояние организации или боевой части. В среднем из-за заболеваний в России теряется до 10 рабочих дней из расчета на одного работника, что в год составляет потери около 1,4% ВВП[1].

Если эффективные стратегии и программы в России будут реализованы, то существенных улучшений можно достичь уже через несколько лет. Благодаря снижению смертности мужчин, вызванной сердечно-сосудистыми заболеваниями, ожидаемая продолжительность жизни может вырасти почти на пять лет. Кроме того, если уровень смертности взрослого населения к 2025 г. удастся постепенно снизить до уровня стран ЕС, то экономическая отдача составит от 4 до 29% ВВП, возрастет обороноспособность государства, уменьшится угроза национальной безопасности.

[1] См.: Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации / Под ред. А.Г.Саркисяна и Е.Б.Злодеевой. М., 2005. С. 270.