

ОСНОВЫ СТРАТЕГИИ МИРОВОГО И ОСОБЕННОСТИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В. В. Яцун

Муниципальное учреждение здравоохранения «Центральная районная больница Рамонского района»

Поступила в редакцию 16.01.2008

Аннотация: Идеальной концепции организации сферы охраны здоровья не существует. Имеются общие для большинства развитых стран основы стратегии Нового общественного здравоохранения. Эти основополагающие принципы относятся к различным наукам: медицине, экономике, социологии, политологии и т.д. Их наличие и комплексное использование обеспечивают эффективность национальных систем охраны здоровья граждан. Российский пример показывает, что простое наличие большинства основ не обеспечивает формирование надежной стратегии системы здравоохранения. Причина не только в отсутствии некоторых необходимых составляющих. Сказывается слабая взаимосвязь между факторами и бессистемный подход в их использовании. Негативную ситуацию усугубляют недостатки «переходного» периода, часть которых наследие планово-бюджетной экономики. Проведение реформ потребует коренного изменения подходов и взглядов.

Ключевые слова: Новое общественное здравоохранение, Приоритетный национальный проект (ПНП), первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), программа государственных гарантий (ПГГ), медицинская помощь.

Abstract: There is no ideal conception in the organization of the health promotion sphere. There are some general for most of developed countries foundations of New Public Health Service. These foundational principals/approaches belong to different sciences: Medicine, Economics, Sociology, Political Science, etc. Their existence and complex usage provide efficiency of the national systems in the sphere of the health promotion. The Russian example shows that the presence of the better part of basis cannot provide the formation of safe strategy of the health service system. The cause is not only in absence of some necessary components. It happens due to weak co-relation between the factors and methodless approach in their usage. The negative situation is increased by the shortages of "transition" period, where some of them are the heritage of state-financed Economy. The realization of reforms will demand radical changes in approaches and views

Key words: New Public Health Service. Priority – oriented national project. Health and sanitary assistance. The program of national insurance arrangements. Medical help.

В мировой экономике реализовано достаточно много комбинаций организационно-экономических моделей национальных систем здравоохранения. Однако несмотря на то, что накоплен весомый опыт, идеальной концепции системы здравоохранения не существует. По мнению экспертов, к любым новациям в национальной медицине следует подходить крайне осторожно: даже прилежное заимствование успешного опыта других стран не является гарантией успеха собственных реформ, а игнорирование местных особенностей увеличивает возможность плачевных последствий.

Тем не менее, сформированы принципы и подходы, использование которых не только возможно,

но и необходимо. Определена единая методология организации современного здравоохранения, включающая: введение адекватных индикаторов, мониторинг, анализ ситуации, определение приоритетных задач, создание условий для их решения, использование соответствующих механизмов реализации и, далее, опять-таки периодический анализ ситуации и своевременную корректировку задач. Как правило, организация здравоохранения обеспечивается тремя взаимосвязанными факторами: программой здравоохранения, управляемым здравоохранением (регламентацией деятельности), подготовкой врачей. При этом используются три механизма реализации программ: приватизация, конкуренция, государственное медицинское обслуживание. Основой современной здравоохранной

деятельности является отлаженная информационная система, включающая сбор и анализ демографических, эпидемиологических, социально-психологических, экономических и других данных. Только на такой основе могут быть приняты правильные управленческие решения и обеспечена своевременная корректировка задач.

Именно таким образом в развитых странах разрабатываются программы, призванные удовлетворить потребности населения в медицинской помощи. Страны схожи между собой и отличаются лишь возрастной заболеваемостью, социально-экономической структурой населения и состоянием окружающей среды. Эффективность оценивается соответствующими индикаторами, а главное, равными возможностями в получении медицинской помощи, ее соответствием потребностям клиента и нации включая гарантированное качество.

Практически все национальные программы развитых стран строятся на концепции Нового общественного здравоохранения (НОЗ), заключение о котором было сделано на Женевском совещании Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по новым стратегиям в охране здоровья в ноябре 1995 г., где отмечалось, что существовавшее до второй половины прошлого века классическое здравоохранение сложилось в эпоху распространности инфекционных заболеваний, его расцвет пришелся на Вторую мировую войну и период ликвидации ее последствий. Далее на передний план выдвинулись «болезни цивилизации», для профилактики и борьбы с которыми потребовалась другая стратегия, включающая косвенные и прямые методы воздействия. Новое общественное здравоохранение – это цельная открытая философская система, основывающаяся на специфичности и тесной взаимосвязи общинного и индивидуального здоровья, предполагающая единство (преемственность) и противоположность (конкурентность) форм оказания медицинской помощи, где суммарный вектор амбулаторной помощи отражает интересы общества, а деятельность стационаров направлена в основном на интересы индивидуумов. Основой является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) как наиболее эффективная форма организации медицинского обслуживания населения, обеспечивающая за счет массовости переход количества медуслуг в новое качество общественного здоровья. В ней, в свою очередь, четко определены две неразделимые составляющие: клиническая медицина и профилактика.

Практика показала, что наиболее эффективными с точки зрения расходования средств и влияния на эпидемиологическую обстановку, уменьшение смертности и увеличение продолжительности жизни являются локальные программы, разработанные с учетом специфических свойств населения, территорий, социальных показателей, заболеваемости, нозологий, видов медицинской деятельности. Сосредоточенность на микроэпидемиологическом уровне с условием децентрализации управления позволяет учесть местные проблемы и специфические факторы риска. Конкретизация достигает уровня не только целей и задач, но и процесса их достижения: методик и методов, форм организации труда медработников.

Фундаментом политики является экономика здравоохранения. В экономический сектор Нового общественного здравоохранения входит определение стоимости медицинских услуг, взаимодействие между различными источниками финансирования, предоставление медицинского обслуживания, проверка необходимости создания новых видов услуг или проведения здравоохранительных мероприятий и контроль эффективности использования финансовых ресурсов. Анализ экономической эффективности позволяет выбрать наиболее нужный для общественного здравоохранения проект.

Основным аспектом политики правительств является детерминирование взаимной зависимости между спросом на медицинские услуги и их удовлетворением. Проблемы спроса и предложения в медицине, как правило, решаются инструментами социального маркетинга. Его отличительными особенностями являются понимание медицинскими структурами (поставщиками) общественной значимости предоставляемых услуг и субъективное отношение граждан (потребителей) к своему здоровью, а со стороны государства в рамках ответственности за укрепление здоровья (управление рынком) требуется ограничение выбора потребителей и независимости поставщиков медуслуг. Эти факторы определяют объем и уровень оказываемой медицинской помощи. Запросы населения зависят от социально-экономического статуса с учетом социальных, политических, экономических, экологических, этнических и других отличительных черт на местах. В то же время направления, определяемые административными структурами как приоритетные, могут не совпадать с запросами не только индивидуумов, но и целых общин, которые могут не считать здоровье своей главной целью. Практически на всех уровнях общественные, об-

щинные и индивидуальные приоритеты значительно отличаются друг от друга, а тридцатилетний опыт реализации национальных и общинных программ показал активное влияние некоторых особенностей индивидуального поведения на здоровье. Поэтому программа формируется не только спросом со стороны пациентов (лечебные цели), но и потребностями населения в целом (профилактические цели).

Для того чтобы повысить значение здоровья в иерархии личностных ценностей и помочь людям эффективно действовать в этом направлении, используются четыре основных инструмента – просвещение, консультации, пропаганда, а также поощрение здорового образа жизни. Успех профилактических программ состоит в возможности повлиять на образ жизни индивида, ибо большинство факторов риска «встроены» в его повседневную жизнь. Для обеспечения эффективности профилактических мероприятий требуется их законодательное определение в качестве стратегической линии общественного здравоохранения. Методологически определены три категории профилактики: первичная – предотвращение болезни и вреда от нее, в том числе подготовка врачей; вторичная – ранняя, в т. ч. преклиническая диагностика и лечение начальных стадий болезней в целях борьбы с осложнениями, и третичная – максимально возможное восстановление функций организма включая социальную реабилитацию. При этом имеются проблемы, с которыми нельзя справиться на уровне индивида, семьи или общины. Поставленные цели диктуют разноуровневые стратегии вмешательства. В этих условиях на первое место выдвигается просветительская деятельность, направленная на сокращение влияния социальных факторов риска на здоровье.

При реализации программ актуальны вопросы адресной инициативы, полномочий и ответственности в выполнении поставленных задач. В разных странах вопросы ответственности и распределения ролей решаются по-разному. Основопологающей является степень развития и уровень взаимодействия государственных и общественных институтов. Чаще всего выполнение программ осуществляется органами власти, медицинскими службами, дополнительными медицинскими службами, общественными организациями, профессиональными организациями, общинами, гражданами.

В западном обществе решение многих вопросов принимают на себя общественные и профессиональные объединения, а государственные орга-

ны охотно делегируют им полномочия, снимая с себя ответственность и снижая собственные расходы. Особенно важно участие неправительственных организаций в решении проблем небольших групп населения, внедрении новых разработок, специфических методик и т. д., которые трудно осуществлять в рамках традиционных систем медицинского обслуживания.

За правительством обычно закрепляются: модификация законодательства, охрана труда, экология, безопасность дорожного движения, координация деятельности отдельных субъектов медицинского обслуживания, обеспечение единства медицинских стандартов, финансовое участие в программах. Особенно важны правовые аспекты ограничения прав и свобод как индивидуумов, так и общин при реализации здравоохранительных мероприятий. Кроме того, за государством закрепляется санитарно-гигиеническая пропаганда. Требуется участия властных структур и межведомственная координация, особенно когда в решении задачи требуется участие нескольких субъектов как коммерческих, так и некоммерческих сфер деятельности.

Практика показала, что общенациональные задачи здравоохранения наилучшим образом выполняются при децентрализации системы здравоохранения и условии предоставления местным органам здравоохранения свободы действий, необходимых средств и финансовых возможностей. Децентрализация обеспечивает разделение ответственности, при котором каждая инстанция отвечает за решение своей специфической задачи, составляющей с задачами других инстанций единое целое.

Для выполнения специфических и насущных задач формируются дополнительные медицинские службы или разрабатываются программы экономического стимулирования. При этом последний способ часто является наиболее распространенным методом обеспечения комплекса мероприятий, направленных на улучшение положения в слабо-развитых областях общественного здравоохранения или смены приоритетов в медицинском обслуживании. Оплата дополнительного или значимого объема работ имеет разные формы и осуществляется разнообразными способами.

Для повышения эффективности системы в целом необходимо контролировать стоимость медицинского обслуживания и менять приоритеты сферы здравоохранения с позиций результативности. Национальное медицинское страхование стра-

дает тенденциями увеличения стоимости медуслуги и роли лечения в ущерб профилактике. Медицинский подход акцентирует внимание на больничных и специализированных процедурах, оставляя профилактику вне зоны своего внимания в компетенции ПМСП.

Не менее существенно обеспечивает эффективность конкурентность, проявляющаяся в разнообразии: от системы предоставления грантов до деятельности медорганизаций как отдельных единиц рынка медуслуг.

Залогом успешной реализации программы и эффективного использования средств является открытое обсуждение задач не только в органах власти, но и в обществе; приоритет национальных интересов госаппарата перед личными интересами чиновников. Успеха достигают не все страны с сильным вмешательством государства, а только те из них, которые ставят перед собой и решают действительно национальные задачи.

В условиях бюджетно-плановой экономики основным экономическим механизмом борьбы за здоровье граждан был экстенсивный путь развития: увеличение мощности и технического оснащения действующих и ввод в эксплуатацию новых медучреждений. Советские медицинские организации обеспечивались техническими средствами и персоналом по распределительному принципу. При этом руководители не имели никакой возможности экономического влияния ни на один показатель хозяйственной деятельности. В разное время объектами реформ были и высокоспециализированные клиники, и городские лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), и районные, в том числе центральные и участковые больницы.

С 2006 г. в условиях бюджетного профицита власть вынуждена использовать иные подходы в развитии страны. Президент В. В. Путин сформулировал задачу развития российской экономики как «поворот к человеку», «вложение в человека» с целью повысить качество человеческого капитала¹. Идея Приоритетных национальных проектов (ПНП) возникла как альтернатива механизмам федерального устройства страны в условиях низкой эффективности деятельности органов исполнительной власти.

За годы «переходного» периода основные фонды системы здравоохранения развалились и нуждаются в восстановлении и обновлении. В силу

¹ Расширенное совещание с членами Правительства, руководством Федерального собрания и членами Президиума Государственного совета 5 сентября 2005 г. Москва. Кремль.

наглядности, простоты и эффективности исполнения для бюрократической вертикали капитализация медучреждений была избрана основной частью проекта реформы первичной медико-социальной помощи (ПМСП) – основного объекта реализации ПНП «Здоровье». В итоге, освоение финансовых средств является основным показателем реализации ПНП. В отчетах превалирует количественная оценка деятельности чиновников и руководителей ЛПУ, в силу чего появилась угроза подмены сути, а значит и задач реформ. Внимание уделяется финансовым и техническим проблемам, а медицинские и социальные еще не решались, в силу чего, качественную оценку проекту давать еще рано.

Надо заметить, что курс ПНП «Здоровье» на развитие ПМСП был определен международными экспертами еще в 1978 г. на проходившей в СССР «Алма-атинской конференции ВОЗ». Действия Советского Союза в этом направлении интересны с исторической, научно-практической и назидательной стороны. Тогда отечественной медициной уже были достигнуты значительные успехи в профилактике инфекционных болезней, развитии акушерской и педиатрической служб. Так как условием эффективного функционирования ПМСП является ее соответствие социально-экономическим условиям развития общества, вопреки возможностям остаточного принципа финансирования в угоду идеологии, был сделан упор на развитие специализированной помощи и стационаров всех уровней. Это несколько оправдывалось проводимой в рамках «реформы» диспансеризацией, ориентированной на диагностическую госпитализацию ввиду слабой диагностической базы первичного звена. Но в итоге была неудачная попытка решения не насущной, а последующей задачи, к решению которой страны приступают на пике своего развития.

Интересно, что залогом успеха ПМСП в 1978 г. называлась децентрализация управления здравоохранением. В СССР это не было осуществлено в силу административно-командной системы управления государством. Некоторую надежду на то, что это будет реализовано сейчас внушает Федеральный закон Российской Федерации от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». Но в ходе реализации приоритетного проекта в здравоохранении выявились низкие компетенция и готовность как местных, так и региональных органов управления здравоохранения эффективно участвовать в укреплении общинного здоровья.

Остались в стороне и сотрудники ПМСП, которые вообще не планируют и не организуют свою деятельность. Не заполнили этот вакуум и главные врачи медучреждений, которым были переданы определенные полномочия в этом направлении.

Следует упомянуть и о принятой на вооружение современным российским здравоохранением «Программе государственных гарантий» (ПГГ), которая разработана на основе концепции «Набора необходимых услуг», сформулированной МБРР в «Отчете о мировом развитии» для стран с низким и средним уровнем национального дохода еще в 1993 г. Концепция предусматривала, что основной задачей ПГГ является обеспечение рационального использования ресурсов на основе анализа экономического ущерба от заболеваемости и преждевременной смертности в рамках экономической эффективности затрат на здравоохранение.

Введенная с 2006 г. в рамках нацпроекта «Здоровье» доплата медработникам первичного звена носит финансово-компенсационный характер и призвана решить вопросы комплектации кадрового состава и обеспечить соответствующее качество ПМСП. По сути это мероприятия по восстановлению, а в некоторых местах возрождению служб участковых специалистов и скорой медицинской помощи. Впервые при проведении диспансеризации использовалась материальная заинтересованность узких специалистов, что уже само по себе неоспоримо прогрессивный шаг.

Тем не менее, попытки сделать работу в ПМСП материально привлекательной пока не достигли своей цели. Не в последнюю очередь это связано с тем, что не произошло никакого существенного качественного наполнения деятельности медперсонала первичного звена. Добиться этого в рамках неинфекционной профилактической составляющей пытаются проведением диспансеризации работников бюджетной сферы. Но в годы советской власти эффективность этого мероприятия достигалась за счет плановой профилактической и диагностической госпитализации. Сейчас стационары первичного звена сокращают, а современной амбулаторной помощи на местах еще не создано, поэтому ожидать существенного улучшения общинного здоровья в ближайшее время, вероятно, не стоит.

Несоответствия между предложением и спросом на гарантированные государством медицинские услуги носят постоянный системный характер. Это обусловлено планово-бюджетным методом формирования ПГГ, которая рассчитывается на основе имеющихся финансов, объемов оказанных

за прошлый период медуслуг, штатов и мощностей ЛПУ. В деятельности ЛПУ отсутствуют основные понятия эффективности и возможности использования общепринятых экономических механизмов. Из-за этого собственники не могут оценить работу руководители медучреждений, те в свою очередь не могут самостоятельно выработать какие-либо планы, а медработники решать поставленные перед ними задачи.

Неудовлетворенный спрос на высокотехнологическую медицинскую помощь объясняется неэффективной ПМСП, низкими доходами населения, ограниченными возможностями региональных и местных бюджетов, а также отсутствием материальной базы современных методик, появившихся в постсоветское время. При этом обращение к дорогостоящему обслуживанию нередко является прямым следствием отсутствия профилактических программ, а высокотехнологичная специализированная медицинская помощь продолжает оставаться оторванной от решения проблем профилактики профильных заболеваний.

В 2007 году в России на здравоохранение выделено 2,8 % ВВП, по рекомендациям ВОЗ эта цифра должна составлять не менее 5 % ВВП и только к 2010–2011 гг. планируется достигнуть рубежа 6–7 %. Для сравнения: в Германии тратится 10,9 %, за ней следуют Франция – 10,5 %, Бельгия – 10,1 %, Греция и Португалия по 10 %, Великобритания и Венгрия по 8,3 %, Испания – 8,1 %. Лидером по объему затрат на здравоохранение являются США, где на эти цели идет 15,3 % ВВП. Государственная и муниципальная системы финансирования не могут обеспечить медучреждения необходимыми средствами, в результате чего возникают проблемы морали и качества. Де-юре продолжает отрицаться коммерциализация системы общественного здравоохранения. Де-факто рыночные отношения присутствует и в государственной, и в муниципальной системе здравоохранения на всех уровнях оказания медицинской помощи. Косвенным подтверждением является прижившаяся в медучреждениях и «положительно» зарекомендовавшая себя теневая форма оплаты за оказанную медуслугу «в карман» медработнику. По данным экспертов, эта сумма составляет около 3 % ВВП². Если оставить в стороне коррупционную составляющую, то можно говорить о стихийно возникшем, продиктованном рыночными отно-

² Руководитель Центра социальной политики Института экономики РАН Евгений Гонтмахер.

шениями и устоявшемся во времени стимуле эффективной работы врача. Это показывает, что экономика страны находится не в таком плачевном состоянии, как в развивающихся странах, где преобладающему большинству населения требуется предоставлять бесплатно и в полном объеме «набор необходимых услуг».

Для России и стран постсоциалистического пространства характерно отсутствие развитой сети авторитетных общественных неправительственных организаций. При этом работавшие с медиками группы общественной поддержки редко пользовались благосклонностью властей. В этих условиях без активной роли государства многие процессы не только не могут идти сами собой, но некоторые не могут даже проявиться. В то же время там, где все решения принимаются за закрытыми дверями и не являются темой открытых дискуссий, прогресс обязательно будет приостановлен. Работники здравоохранения не получают поддержки от консервативных органов управления здравоохранением и подконтрольного руководства профессиональных объединений. В итоге, медперсонал не может свободно высказываться «за» или «против» нововведений, а также открыто вносить свои предложения.

Реализация ПНП «Здоровье» показала, что самые трудные вопросы связаны с созданием эффективного механизма разработки, принятия и выполнения решений. Выяснилось, что к 2006 г. в России так и не был создан эффективный механизм госуправления по всем ветвям и уровням власти. «Стратегией» для руководства и элиты является тактика «выползания из кризиса». Россия до сих пор продолжает оставаться в состоянии выбора принципов и направлений модернизации, опытным путем выработалась некоторая тактика решения проблем. Системные преобразования не разработаны, а значит, и не запланированы к реализации. В таких условиях единственной политикой в экономике и идеологии является прагматизм.

И в этом направлении в Правительстве имеется некоторое понимание. Так, например, целью ПНП стали развитие и реализация человеческого потенциала, но с определенной национальной особенностью – демографическим измерением. Это обусловлено тем, что ситуация с населением запущена. В масштабах страны для того, чтобы у личности появился потенциал, прежде всего, нужна сама физическая личность, поэтому основой роста качества личности на первоначальном этапе стал демографический фактор, вследствие чего

социальную стратегию развития России, в первую очередь, связали с сохранением и воспроизводством человеческого потенциала.

В то же время отсутствует понятие того, что ПНП «Здоровье» может опираться на правительственную инициативу только на первоначальном этапе в освоении финансовых средств, пока используется количественная составляющая реформ. Но как только встанет вопрос об эффективности и будет востребовано качество преобразований – административный ресурс исчерпает себя. Дальнейшее развитие здравоохранения станет возможным только через преобразование ПНП в Общественный и далее в Общинный Проекты. В их реализацию должны будут вовлечены, помимо региональных и местных властей, общественные институты и отдельные индивидуумы как заказчики и контролеры исполнения.

Вывести страну из кризиса даже в рамках всех четырех ПНП невозможно, точно так же как нельзя реформировать здравоохранение за счет реализации ПНП «Здоровье». Частные программы ПНП должны органически вписываться в стратегический курс развития человеческого потенциала и быть дифференцированными по регионам и на местном уровне. Инициатива «сверху» должна быть обеспечена такой же активностью «снизу». Повысить качество жизни можно только развивая физическую основу человеческой личности, улучшая социально-экономические условия физического существования и укореняя культурно-нравственные основы бытия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Тульчинский Т. Г.* Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку : пер. с англ. / Т. Г. Тульчинский, Е. А. Варавикова ; предисл. И. Н. Денисова, М. И. Рамус. – Иерусалим, 1999. – 1047 с.
2. *Казанцев В.* Приоритетные национальные проекты и новая идеология для России / В. Казанцев. – М. : Вагриус, 2007. – 123 с.
3. Россия на пути к 2000 году / С. Алексашенко, Ю. Голанд, О. Григорьев, М. Делягин и др. // Экспертный институт : избранные доклады (1992–1997). – М. : Изографус, 2002. – 688 с.
4. *Саксельцев И. Г.* Человеческий потенциал современного российского общества (социологический анализ) : автореф. канд. социол. наук / И. Г. Саксельцев : ФГОУ ВПО «Поволжская академия госслужбы им. П. А. Столыпина». – Саратов, 2006.
5. Указ Президента РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.93 г. № 5481-1.

6. Указ Президента РФ «О Совете при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов» от 21.10.05 г. № 1226.

LITERATURE LIST

1. *Turchinsky T. G.* New social healthcare: Introduction into modern science / T. G. Turchinsky, E. A. Varavikova, Ierusalem. – 1999. – 1047 p.

2. *Kazanzev V.* Priority National Proects and new ideology for Russia / V. Kazanzev. – М. : Vagrius, 2007. – 123 p.

3. Russia on its way to 2000. Selected works / S. Alexashenko, Y. Goland, O. Grigoryev. – М. : Izographus, 2002. – 688 p.

*Муниципальное учреждение здравоохранения
«Центральная районная больница Рамонского
района»
В. В. Яцун, врач
jazun@yandex.ru*

4. *Sakselzev I. G.* Human potential of modern Russian society (social analysis) : autor's abstract of the Master of Social Science thesis FSEI Academy of civil service named after Stolypin P.A. / I. G. Sakselzev. – Saratov, 2006.

5. Decree of the President of the Russian Federation. Basics of the Russian Federation about health care of citizens. № 548-1 Dated 22.07.93.

6. Decree of the President of the Russian Federation. About of the Russian President Council aimind at realization of national projects. № 1226. Dated 21.10.05.

*The municipal establishment of public health service
«The central regional hospital of Ramon region»
V. V. Jazun, the doctor
jazun@yandex.ru*