

Г.Э. Улумбекова

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РОССИИ ЧТО НАДО ДЕЛАТЬ

Краткая версия
2-го издания



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

1. КАК АНАЛИЗИРОВАТЬ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Анализ должен ответить на шесть главных вопросов (рис. 1):

1. **Здоровы ли жители?** В этом разделе проводится анализ демографических показателей и показателей здоровья населения (см. разделы 3.1, 3.2).

2. **Какой образ жизни ведут граждане и в каких условиях проживают?** В этом разделе анализируются факторы, влияющие на здоровье: образ жизни, экологические условия, благосостояние государства и населения, условия труда на производстве (см. раздел 3.3).

3. **Какими ресурсами располагает система здравоохранения: финансовыми, кадровыми, материально-техническими?** Этот анализ представлен в разделах 4.1—4.6.

4. **Какую медицинскую помощь получают жители?** Это анализ ее объемов, качества, безопасности, своевременности (см. разделы 4.7—4.10).

5. **Как эффективно используются ресурсы системы?** Что означают правильно расставленные приоритеты, экономная трата средств, максимально возможная производительность труда и правильное распределение обязанностей между работниками (см. раздел 4.11)?

6. **Равнодоступную ли помощь получают граждане?** Этот анализ касается сравнения доступности и качества медицинской помощи для тех, кто проживает в городских и сельских условиях, в разных регионах РФ.



Рис. 1. Анализ системы здравоохранения РФ

Для того чтобы понять, в какой точке находится система здравоохранения РФ и куда двигаться, **надо сравнить** РФ с прошлыми периодами, например с советским временем или с соседними странами, максимально приближенными к РФ по уровню экономического развития, возрастному составу населения и климатическим условиям. РФ необходимо сравнивать с «новыми» странами ЕС, точнее, с шестью из них: Венгрией, Польшей, Словакией, Словенией, Чехией, Эстонией («**новые-6**»), которые имеют сопоставимый с РФ ВВП на душу населения в год, т.е. также экономически развиты.

Для проведения сравнений по объемам помощи и обеспеченности койками желательно использовать **«старые» страны ЕС**. У них за прошедшие 15 лет, благодаря внедрению современных технологий лечения, произошло медленное (на 1,3% в год) сокращение обеспеченности койками (с 6,0 до 5,0 на 1 тыс. населения). Аналогичный процесс проходил и в «новых» странах ЕС. В результате сегодня в этих странах сложился оптимальный баланс между потоками заболевших и обеспеченностью койками, а также произошло выделение в структуре коечного фонда коек реабилитации и коек длительного лечения. Для расчетов были выбраны «старые» страны ЕС как имеющие более высокую производительность коек (или коэффициент отношения числа пролеченных больных к числу коек). Отдельно из стран ЕС выделена Германия, поскольку в ней сложились самые **низкие сроки ожидания** плановых госпитализаций — 1 месяц. Это именно те нормативные сроки, которые поставлены в российской Программе государственных гарантий на 2015–2017 гг. (30 дней).

И самое главное, при международных сравнениях необходимо применять международную методологию классификации и учета коек, врачей и финансов (по ВОЗ и ОЭСР). В этой брошюре большинство показателей обновлено по состоянию на ноябрь 2015 г.

Более подробно информация по вопросам, рассмотренным в этом издании, представлена в полной версии книги «Здравоохранение России. Что надо делать», 2015 г.

2. БАЛАНСЫ В ЭФФЕКТИВНЫХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Эффективная система здравоохранения должна соблюдать базовые **макро-балансы**. Это необходимо, чтобы способствовать своевременному оказанию медицинской помощи максимально возможному числу больных. Большинство организаторов здравоохранения знают об этих балансах, однако автор считает необходимым в упрощенной форме объяснить этот вопрос широкому кругу читателей.

Первый баланс — между состоянием здоровья населения, демографическими показателями и потоком больных, который может принять и обслужить система здравоохранения (рис. 2). Очевидно, что чем хуже демографические показатели и показатели здоровья населения, тем больше поток больных, который нуждается в оказании медицинской помощи. Соответственно, тем больше должна быть обеспеченность медицинскими кадрами и стационарными койками (это определяет мощности системы здравоохранения). Систему здравоохранения можно сравнить с заводом, который за определенное время должен переработать определенный поток больных, причем таким образом, чтобы вылеченных и «подремонтированных» было как можно больше, а умерших — меньше. Если поток больных превышает мощности «завода» здравоохранения, часть этих больных просто не сможет получить медицинскую помощь, соответственно, здоровье населения будет ухудшаться. Из этого следует, что, прежде чем сокращать число врачей и коек, необходимо просчитать, насколько при этом уменьшится **пропускная способность** системы здравоохранения и есть ли возможность оставшимся числом врачей и коек пролечить прежнее количество больных. В отличие от завода, где можно отменить и сократить поставку производственного сырья, поток больных, обращающихся за медицинской помощью, **отменить невозможно**: люди продолжают болеть и не могут повременить со своими болезнями. В системе здравоохранения РФ в 2013–2014 гг. в результате снижения производственных мощностей системы здравоохранения (сокращения числа врачей и стационарных коек) начался рост смертности населения (см. главу 5).

Второй баланс — между уровнем госрасходов на здравоохранение и возможностью пролечить определенное количество больных. Пример с заводом наглядно может пояснить, что количество переработанного сырья зависит не только от числа рабочих и станков, но и от уровня средств, которыми располагает этот завод. Ведь надо платить заработную плату рабочим, тратиться на электроэнергию, закупать запасные детали и т.п. Если средств на текущий год запланировано меньше, чем в прошлом, завод просто не сможет переработать столько же сырья, как раньше. В системе здравоохранения все так же, как и на заводе: чем **меньше государственных средств, тем меньше будет объемов бесплатной медицинской помощи**: лекарственных средств, медицинских изделий, проведенных операций, средств на оплату труда медицинских работников и др.



Рис. 2. Фундаментальные составляющие «завода» здравоохранения

Если к этому добавить и уменьшение личных средств граждан, за счет которых можно было бы компенсировать сокращение объемов бесплатной медицинской помощи, то в итоге количество пролеченных больных будет сокращаться, а качество их лечения — ухудшаться. Именно так и происходит в настоящее время в здравоохранении РФ (см. главы 3–4).

Третий баланс — между квалификацией медицинских кадров и исходами лечения. Даже если в системе здравоохранения всего будет достаточно (врачей, стационарных коек, финансовых средств), это еще не гарантия того, что на выходе будут качественно пролеченные больные. Исходы лечения при прочих равных условиях напрямую определяют **квалификацией медицинских кадров**. В здравоохранении, как и на заводе, если квалификация рабочих низкая, то в результате работы такого завода будет выдаваться брак, а затраченные средства уйдут впустую. При этом уровень квалификации медицинских кадров определяется непрерывным процессом — от момента отбора поступающих в медицинские вузы, затем качеством подготовки студентов в них и далее ежедневным непрерывным повышением квалификации во время практической деятельности. И на каждом из этих этапов в настоящее время сложились серьезные проблемы (см. разделы 4.4, 4.5, 4.10).

Четвертый баланс — между распределением ресурсов в системе здравоохранения и числом пролеченных больных. Условно систему здравоохранения можно разделить на два основных цеха: **первичное звено**, где оказывается преимущественно первичная медико-санитарная помощь нетяжелым больным, и **стационарное звено**, где происходит их более интенсивное и, соответственно, более дорогостоящее лечение. Логично, что эффективная система здравоохранения должна быть устроена таким образом, чтобы в первичном звене можно было выявить и пролечить максимальное число больных. Для этого

там необходимо обеспечить достаточное число врачей высокой квалификации, а также качественные и доступные лекарственные средства. Если всего этого в системе здравоохранения нет, как, например, в системе здравоохранения РФ, больные будут пытаться попасть в стационары. Однако в стационарах возможности для лечения больших потоков больных ограничены, особенно в системах с дефицитом финансирования (как в РФ), в итоге больные **остаются без необходимого лечения**.

Непонимание этих простых, на первый взгляд, макробалансов системы здравоохранения рождает мифы или заблуждения об ее деятельности и, как следствие, **неверные решения**. Так, в РФ в 2013–2015 гг. из-за неверно выбранного вектора реформ проводилось масштабное сокращение мощностей системы здравоохранения (рис. 3). Эта ситуация усугубилась сокращением государственного финансирования здравоохранения в 2014–2015 гг. по сравнению с базой 2013 г. (см. главу 8), в результате часть больных не получили необходимого лечения. Как следствие, в 2015 г. это привело к росту смертности в стране (увеличению на **0,9%** за 9 мес 2015 г.).



Рис. 3. Баланс между потоком пациентов и пропускной способностью сети здравоохранения в 2015 г. по отношению к 2013 г.