

8. http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/population/.
-

Зудин А.Б.¹, Щепин В.О.²
**ТРЕНДЫ В РАЗВИТИИ ГЛОБАЛЬНОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Россия,
Москва

² ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Россия, Москва

Zudin A.B.¹, Chepin V.O.²

¹ Federal State Autonomous Educational Institution RUDN, Russia,
Moscow

² National Research Institute for Public Health, Russia, Moscow

Зудин Александр Борисович, директор Института медико-биологических проблем РУДН, к.м.н., e-mail: zudin@nptemp.ru.

Щепин Владимир Олегович, заместитель директора Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, д.м.н., член-корреспондент РАН.

Резюме. Подробно изучены тренды развития глобального здравоохранения. Выделены положительные и отрицательные динамики. Проведена параллель с развитием российского здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, тренды развития здравоохранения, глобальное здравоохранение.

Summary. Trends of global Health Care are studied in detail. Positive and negative dynamics are pointed out. It is paralleled with development of Russian Public Health services.

Key words: Health Care trends and health development, global Health.

В большинстве стран мира стационарное лечение является наиболее распространенной формой лечения пациентов. Даже в развитых странах наблюдается рост численности врачей на 35 % за счет роста числа специалистов в период с 1990 по 2005 год примерно на 50%, тогда как, численность врачей общего профиля увеличилась лишь на 20%.

Движущими силами роста являются ярко выраженная семейственность и профессиональные традиции медицинских работников, а также престижность профессии врача во многих странах мира. Однако наблюдения за развитием систем здравоохранения развитых стран позволяет сделать вывод, что ориентация на стационарное лечение приводит к значительным расходам в связи с прописыванием ненужных лекарств и обследований, содержанием больных в стационаре. Например, в России отделение кардиохирургии в расчете на одного жителя больше, чем в Германии, однако программ, направленных на сокращение рисков сердечнососудистых заболеваний и первичной диагностики этих заболеваний явно недостаточно [1].

Таким образом, неэффективные решения проблем в области здравоохранения, основанные лишь на историческом осознании правильности выбранного пути, вытесняют более результативные и рациональные методы организации медицинской помощи и повышения уровня здоровья населения. В ряде западных стран еще в 1980 – 1990 годах осуществлены программы балансировки специализированной медицинской помощи – первичной медицинской помощи и пропагандой здорового образа жизни, в частности целенаправленное сокращение больничных коек, замена госпитализации уходом на дому, нормирование медицинского оборудования и многочисленные финансовые стимулы и ограничения, призванные повысить результативность на микроуровне.

В течение последних 30 лет это способствовало значительному улучшению результатов мероприятий по охране здоровья. В последние годы страны со средним уровнем доходов, такие как Бразилия, Таиланд, Чили внедрили аналогичные программы в здравоохранении. На их фоне Россия продолжает наращивать количество стационаров, открывая все новые высокотехнологичные

центры, новые корпуса существующих федеральных и региональных больниц.

Первым шагом в развитии амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, основанной на индивидуальном подходе к пациенту, является создание максимального удобства в доступе к медицинским услугам. Для этого в рамках программ реформ здравоохранения в развитых странах предприняты шаги созданию сети амбулаторных учреждений общего профиля. Многими национальными и международными исследованиями доказано, что в амбулаторных учреждениях общего профиля как в специализированных службах. Врачи общего профиля придерживаются тех же принципов клинической практики, что и специалисты¹⁴³, но реже к ним прибегают. Они назначают меньше инвазивных процедур, реже госпитализируют людей и на более короткие сроки, уделяя гораздо большее внимание профилактическим мерам. Сравнение данных по странам с высоким уровнем доходов показал, что увеличение числа врачей общего профиля в амбулаторных учреждениях сопровождается снижением общих затрат и повышением качества медицинских услуг. В рамках такого подхода устанавливается четкая ответственность команды врачей общего профиля за определенную группу населения, тем самым вырабатывая конкретные механизмы финансирования и административной отчетности. Это вынуждает врачей общего профиля расширить спектр оказываемых ранее медицинских услуг, включив различные социальные и медицинские программы, ориентированные на раннюю диагностику и профилактику заболеваний. Таким образом, формируется сеть медицинских работников, где «узлы» этой сети выполняют координирующую функцию по отношению к конкретной группе людей, а «связи» между этими «узлами» оперативно изменяются под воздействием ожиданий и запросов внешней среды, оставаясь при этом прочными за счет наличия определенных правил формирования медицинского профессионального сообщества, ответственности перед государством за реализацию социальных программ, отчетности за государственное финансирование.

Ключевым вызовом глобального здравоохранения является обеспечение равенства в оказании медицинской помощи. Основным механизмом достижения равенства в развитых странах является

принятие комплекса мер по всеобщему охвату населения медицинской помощью и обеспечение всеобщего доступа к полному спектру медицинских услуг, в которых нуждаются люди. Такие меры могут быть основаны на налогообложении или системе социального медицинского страхования. Но используемые при этом принципы универсальны для всех стран: создание общего фонда предварительно оплаченных взносов, собираемых на основе принципа платежеспособности; использование этих средств для обеспечения доступной и качественной помощи для всех, кто нуждается в ней, не подвергая их риску разорительных расходов.

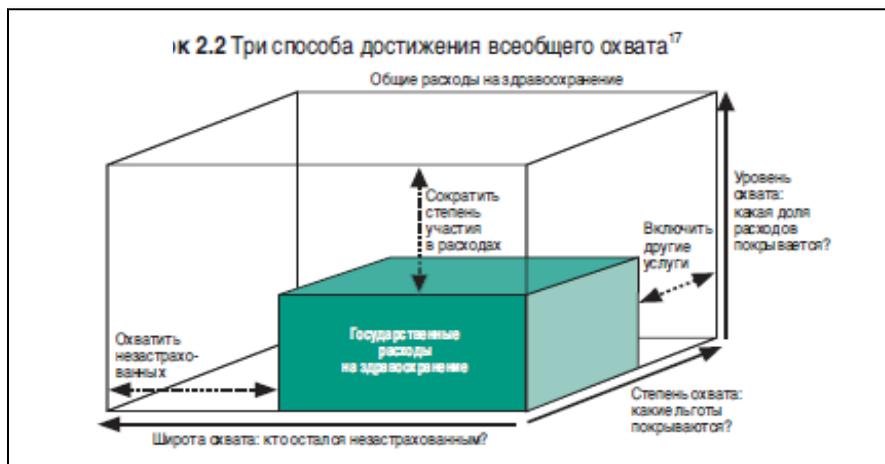
Достижение всеобщего охвата возможно тремя различными способами:

1) Создание системы социальной поддержки для беднейших и уязвимых групп населения до тех пор, пока они не будут полностью охвачены медицинской помощью; 2) Увеличение степени охвата путем расширения спектра основных услуг, необходимых для удовлетворения потребностей людей в медицинской помощи, с учетом имеющегося спроса и ожиданий, объемов ресурсов, которые общество готово выделить на здравоохранение; 3) Повышение уровня охвата посредством увеличения финансирования здравоохранения с помощью объединения средств в общий фонд и предварительной оплаты услуг. Применение третьего способа позволяет значительно снизить расходы населения, связанные с наличной системой оплаты медицинских услуг.

Если в странах ОЭСР реализуется ряд социальных программ, обеспечивающих всеобщий охват населения медицинской помощью и увеличение ее доступности, то в России наблюдается иная ситуация. За период 2000 – 2012 годы в России сократилось число амбулаторно-поликлинического звена в расчете на 10 тыс. населения с 21,3 тыс. до 16,5 тыс., что указывает на снижение всеобщего охвата населения медицинской помощью [3].

В странах ОЭСР введение в различные годы государственных программ всеобщего охвата населения медицинской помощью привело к снижению расходов, связанных с оплатой медицинских услуг в месте их предоставления, что положительно сказалось на снижении уровня коррупции системы здравоохранения, увеличении финансирования и развитии безналичных расходов. Существующая

статистика представлена для стран ОЭСР. Россия при этом относится к странам, где уровень расходов, связанных с наличной оплатой медицинских услуг в местах их предоставления очень высок.



В целях успешного проведения реформ в здравоохранении страны ОЭСР разработали кадровые программы, позволяющие

отслеживать в режиме реального времени формируемые навыки и квалификации медицинского персонала. Ключевые изменения коснулись структуры подготовки медицинских работников. Еще на этапе раннего обучения в медицинских образовательных организациях (до момента начала их работы в клиниках) в учебные курсы включены дисциплины по формированию навыков решения проблем в составе междисциплинарных групп, управлению ситуацией, формированию социальных установок, ориентированных на непрерывность наблюдения пациента и лечения человека, а не его болезни. В качестве форм обучения активно применяется обучение «на местах», без отрыва от медицинской деятельности; наставничество; инструктирование и непрерывное образование. Для разработки таких образовательных программ привлекаются все институциональные партнеры, причем активно используется опыт и зарубежных коллег.

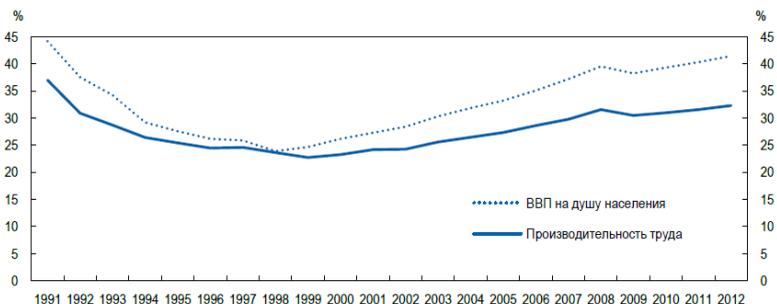
Среди основных требований, которое на сегодня населения развитых стран предъявляет правительству при разработке и реализации реформ здравоохранения, является требование обеспечить надежную защиту от опасностей здоровья людей и равный доступ в случае необходимости к качественной медицинской помощи[2]. Здравоохранение стало одним из ключевых критериев, по которому оценивают эффективность деятельности правительства. Поэтому развитые страны принимают комплексные меры по формированию общественного мнения о реформе здравоохранения, активному вовлечению в принятие решений граждан при определении наиболее эффективных путей развития здравоохранения в целом и отдельных его структурных элементов.

Вопросы повышения эффективности здравоохранения последние 20-30 лет активно изучаются странами ОЭСР. В странах используются различные методологии оценки и мониторинга. Например, во Франции система оценки качества медицинской деятельности включает 450 показателей, распределенных по 21 группе. Основная цель проведения оценки – это выявление нестабильных элементов, оказывающих негативное влияние на производительность труда медицинских работников. По результатам международных исследований производительность труда в России достаточно низкая и составляет менее 50 % от среднего уровня стран

ОЭСР [5]. При этом Россия практически исчерпала возможности по привлечению дополнительных трудовых ресурсов, что подтверждается низким уровнем безработицы (7 %) и большим количеством рабочих часов в году (около 2000).

Рисунок 6. ВВП на душу населения и производительность труда

Доля в процентах от среднего показателя по наиболее развитым странам - членам ОЭСР¹



Примечание: Производительность труда рассчитана как ВВП в расчете на час отработанного времени.

1. Простое среднее по 17 странам-членам ОЭСР с наиболее высокими уровнями ВВП на душу населения и ВВП в расчете на час отработанного времени (в постоянных ценах 2005 г., по паритету покупательной способности).

Источник: оценки ОЭСР.

Среди выявленных причин, влияющих на производительность труда можно выделить отсутствие убедительной базы доказательной медицины, свидетельств об итогах и рентабельности медицинских услуг. Отсутствие на государственном уровне таких факторов приводит к тому, что в отдельно взятых регионах и клиниках часть рабочего времени используется для выполнения расчетов и сбора информации для доказательной медицины, а зачастую совершаются пагубные ошибки, которых можно было бы избежать, используя открытый для профессионального сообщества ресурс. Поэтому многие развитые страны создают международные профессиональные клинические сети [4]. Следующей задачей по повышению производительности медицинских работников является представление систематических обзоров достижений по областям знаний, экономическая оценка применения новых методов. Для этого используется механизм расширения круга обязанностей уже существующих организаций путем дополнения их направлений деятельности по обобщению, оценке и ведению баз данных и

реестров новых технологий здравоохранения в открытом профессиональном сообществе. Такие организации становятся независимыми центрами технологической экспертизы в области здравоохранения, «центрами притяжения» новых технологий на национальном и международном уровне. На уровне клиник проводятся меры по ускорению документирования медицинской информации и оценке используемых подходов и методов лечения. Это позволяет накапливать фактические данные всеми заинтересованными представителями медицинского сообщества, организовывать содержательные межсекторальные дискуссии, которые в свою очередь позволяют повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Для повышения производительности труда медицинских работников изменяется и институциональный ландшафт системы. Все активнее применяются принципы создания структур мультицентричного институционального развития, в которых образование, получение первого опыта профессиональной деятельности, оказание медицинской помощи населению тесно взаимосвязаны.

Применение новых технологий и современного оборудования также позитивно сказывается на увеличении производительности труда врачей. Общемировые расходы на медицинское оборудование увеличиваются с каждым годом. За последние 10 лет расходы на приобретение оборудования и приборов выросло более чем на 80 млрд. долл.США. Помимо значительного сокращения времени на проведение медицинских манипуляций на современном оборудовании, значительно повышается достоверность результатов, а также использование сложного оборудования вынуждает врачей к постоянному самосовершенствованию [6].

Согласно международным экспертным позициям и научно-технологическим прогнозам, перспективы развития в мире будут прямо зависеть от скорости появления новых технологий и продуктов, формирования новых отраслей и модернизации менее технологических сфер деятельности человека. При этом на фоне оптимизации национальных научно-технических политик развитых стран увеличится роль транснациональных корпораций. Они сосредоточатся на более, экономически выгодных, рынках и стадиях

инновационного процесса, усиливая защиту интеллектуальной собственности. А развивающиеся страны начнут двигаться от копирования зарубежных технологий к созданию собственных инновационных решений. Эти процессы будут сопровождать интернационализацию НИОКР и развитие аутсорсинга в науке. Усилится рост мобильности научных работников, будет осуществляться постоянная трансформация организационных процессов корпоративных исследовательских программ. Таким образом, ожидается, что мобильность квалифицированных специалистов будет представлять «утечку мозгов» из стран, институционально не обеспечивающих для представителей среднего класса комфортные условия занятости и проживания.

Литература

1. База данных DecisionResources по анализу мировой биофармацевтической индустрии (<http://www.decisionresources.com/>)
 2. База данных Департамента ООН по народонаселению (<http://data.un.org/>)
 3. Бойков В.Э. Расходы на медицину: социологический аспект// Социс, 1999, №5, с. 105-107.
 4. Винокурова А.М. Институциональные изменения в сфере здравоохранения / А. М. Винокурова // Институциональные изменения в сфере социально значимых услуг / Т.Д. Бурменко [и др.]. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2013. – С. 131-142.
 5. Всемирная организация здравоохранения ([http://www.WHO\[51\].int/ru/](http://www.WHO[51].int/ru/))
 6. Всемирный банк (2015) World Development Indicators: Health systems, <http://wdi.worldbank.org/table/2.15>.
-