

УДК 614.2

Дехканов У.А.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРИОРИТЕТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ***Баткенский государственный университет*

**Аннотация:** Одним из приоритетов государственной политики в обеспечении длительного социально-экономического развития государства является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

**Ключевые слова:** здравоохранение, государственная политика, общественное здоровье, диагностика и лечение, профилактика.

UDC 614.2

Dekhkanov U.A.

**JUSTIFICATION OF PRIORITIES OF STATE POLICY IN THE FIELD OF HEALTH MANAGEMENT***Batken State University*

**Abstract:** One of the priorities of the state policy in ensuring the long-term socio-economic development of the state is the preservation and strengthening of the health of the population on the basis of the formation of a healthy lifestyle and increasing the availability and quality of medical care.

**Key words:** public health, public policy, public health, diagnostics and treatment, prevention.

Одним из приоритетов государственной политики в обеспечении длительного социально-экономического развития государства является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи (КМП).

Здравоохранение тесно связано с накоплением и обработкой больших объемов информации [2]. От качества методов работы с информацией зависит эффективность оказания первой помощи и в дальнейшем лечении пациента. С целью обеспечения надлежащего качества медицинской помощи существует потребность в накоплении и анализе данных в течение длительного периода, применении электронных экспертных систем [20].

В свою очередь, эффективное функционирование системы здравоохранения определяется такими общими системообразующими факторами:

- инфраструктура и ресурсное обеспечение здравоохранения, содержащие финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение учреждений здравоохранения на основе инновационных подходов и принципа стандартизации [11; 29];

- система подготовки специалистов отрасли (медицинских и фармацевтических), которые способны решать задачи, стоящие перед системой здравоохранения [7; 23];

- организационная структура медицинской информационной системы (МИС) [9; 20], что позволяет обеспечивать формирование здорового образа жизни и оказание качественной медицинской помощи всем гражданам государства (в рамках государственных гарантий).

Комплексный учет указанных факторов базируется на профессиональном использовании валидной информации [3]. Однако объемы информации, которыми оперирует врач, непрерывно увеличиваются. Описываются новые патологические состояния, симптомы, синдромы. Ежегодно в международные реестры вносятся десятки новых диагностических методик, тысячами регистрируются новые лекарственные средства (ЛС). Все это обуславливает катастрофическое увеличение объемов историй болезней пациентов,

---

медицинских справочников и тому подобное. Непрерывно растет и количество обращений населения в учреждения здравоохранения. Невозможно обеспечить реформирование системы, добиться высокого качества оказания медицинской помощи, прозрачности и оперативности управления без применения современных методов хранения, обработки и передачи информации. Итак, обобщая проблемы управления здравоохранением следует, в первую очередь, указать на острую необходимость информатизации отрасли [1; 24 и др.] с обязательным контролем выполнения решений, хотя, указанный фактор не является единственным и решающим.

За последние годы состояние здоровья населения и его средняя продолжительность жизни вызывает все большую тревогу [25]. Оценки состояния здоровья населения по интегрированному показателю Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (ожидаемая средняя продолжительность жизни) свидетельствует о ее сокращении в среднем на 10 лет по сравнению со странами Евросоюза и на пять - по отношению к среднеевропейскому уровню. К сожалению, риски ухудшения этого показателя остаются большими.

В общей структуре смертности первое место занимают болезни системы кровообращения [15; 21]. Удельный вес смертности от болезней системы кровообращения в экономически развитых странах составляет около 50,0%, в нашей стране - 62,2%.

Состояние здоровья населения на современном этапе развития оценивается как неудовлетворительное: высокий уровень общей смертности (16,3 на 1000 населения), что практически неуклонно растет; низкие уровни ожидаемой продолжительности жизни и жизнь без инвалидности (59,2); отсутствие признаков преодоления эпидемий туберкулеза и ВИЧ / СПИДа [12].

В то же время возможности влияния системы здравоохранения на здоровье граждан используются крайне недостаточно [8]. Об этом

---

свидетельствуют, в частности, материалы широкомасштабных исследований предотвращения смертности в России и других странах СНГ [13; 16 и др.]. Так, в настоящее время положительная динамика смертности населения трудоспособного возраста целиком зависит от немедицинской профилактики (I группа причин). В то же время смертность от причин, которые возможно нейтрализовать действиями системы здравоохранения, не изменилась или даже возросла. Отсутствие, несмотря на увеличение финансирования отрасли, положительной динамики показателей смертности от причин, на которые здравоохранение в условиях своевременной диагностики и качественного лечения может влиять, свидетельствует, что влияние системы здравоохранения не только не увеличивается, а даже уменьшается [18; 28 и др.].

Констатируем, что общепринятый в современной медицине подход характеризует во многих случаях лишь одну сторону альтернативы "здоровый - больной". Считается [14; 27 и др.], что диагноз "здоров" обоснован, если не выявлены признаки манифестации патологического процесса, а все показатели функции находятся в пределах физиологической нормы. В то же время, даже при наличии одной альтернативы "здоровый - больной" существует, по крайней мере, четыре состояния:

- здоровье - оптимальная устойчивость к действию патогенных агентов, физическая, психическая и социальная адаптивность к изменяющимся условиям жизнедеятельности [17];

- предболезнь - возможность развития патологического процесса без изменения силы фактора (факторов), действующей вследствие снижения резервов здоровья и признаками саморазвития процесса [10];

- состояние, характеризующееся наличием патологического процесса без признаков манифестации [19];

---

- болезнь - патологический процесс, манифестирует в виде клинических проявлений, отражается на социальном статусе индивида [4].

Заметим, что при формах описания существующих болезней предоставить характеристику здоровья или выделить указанные состояния практически невозможно.

Однако главным следует считать даже не формы описания болезней, как неопределенность форм перехода от здоровья к болезни, а отсутствие достоверной информации о рисках возникновения ранних форм нездоровья [6]. Еще точнее недостаточность не просто информации, а соответствующих знаний. К сожалению, должного внимания проблеме выявления новых знаний до последнего времени не уделялось.

Указанное находит свое отражение в ряде работ ведущих центров [30]. В нашей стране подобные исследования единичные. Собственно говоря, этот фактор можно определить по значимости как второй. Как свидетельствуют данные анализа отечественных и международных экспертов, ведущей проблемой отечественного здравоохранения является несоответствие действующей модели здравоохранения современным реалиям. И это нами определено как третий фактор.

За последнее десятилетие объем финансирования здравоохранения существенно увеличился - почти в 8 раз в фактическом измерении, или в 2 раза в реальном выражении с поправкой на инфляцию. Однако недостаточное финансирование отрасли до сих пор считается одной из ведущих проблем национального здравоохранения. Как свидетельствуют данные национальных счетов, общие расходы на здравоохранение колеблются в пределах 5,5-6,5% ВВП. Такие показатели характерны для ряда стран Восточной и Центральной Европы.

---

По самым скромным оценкам, удельный вес личных расходов населения на здравоохранение составляет более 40% от общего объема финансирования отрасли (по данным Всемирного банка - 2,3-3% ВВП). Такие финансовые инструменты, как добровольное медицинское страхование и больничные кассы, не оказывают существенного влияния на объемы финансирования. В связи с этим преобладает прямая оплата услуг населением.

Граждане из личных средств оплачивают значительную часть медицинских услуг. Большинство населения самостоятельно обеспечивает себя медикаментами при лечении не только в амбулаторных, но и в стационарных условиях. Значительную долю (до 10% от общих расходов) составляют неформальные / теневые платежи.

Все это приводит к существенному неравенству в доступности медицинской помощи, почти 18,5% домохозяйств не могут получить необходимую медицинскую помощь. Факты свидетельствуют, что распространение неформальных, неофициальных платежей отпугивает от использования медицинских услуг, прежде всего, низкодоходные группы населения и сельских жителей.

В целом существующая система финансирования здравоохранения не обеспечивает результативной защиты населения от финансовых рисков, связанных с необходимостью оплаты медицинских услуг в случае заболевания, и не способствует эффективному использованию ресурсов системы.

Уровень здоровья населения сопровождается ростом смертности также и среди трудоспособного населения, его значительной инвалидизации, сокращением рождаемости, значительными параметрами заболеваемости [5; 26].

Так, значительно возросло количество умерших от болезней системы кровообращения. Это больше, чем от совокупного количества случаев смерти

---

от всех видов рака, туберкулеза, СПИДа. В обоих годах структуру смертности населения традиционно формируют эндогенные (болезни системы кровообращения, новообразования и другие) и экзогенные (внешние причины смерти, болезни органов дыхания, пищеварения, некоторые инфекционные и паразитарные болезни) причины смерти.

В среднем до 86% всех смертельных случаев в настоящее время приходится на три основных класса причин смерти: болезни системы кровообращения, новообразования и внешние причины смерти [16; 22].

В иерархии причин смерти населения первые пять мест стали занимать следующие классы: болезни системы кровообращения (65,8% от массы умерших), новообразования (14,0%), внешние причины смерти (6,2%), болезни органов пищеварения (4,2%) и органов дыхания (2,6%).

Ведущее место в структуре причин смерти среди населения трудоспособного возраста принадлежит сердечнососудистым заболеваниям (ССЗ). Вероятность умереть от этого класса причин в последние годы несколько менялась, но ее определяющая роль сохранялась. На сердечнососудистую патологию приходилось 28-30% от общего количества умерших.

Доля населения трудоспособного возраста в смертности от болезней системы кровообращения составляет 19,8%, острого инфаркта миокарда - 43,8%, ревматизма (все формы) - 97,8%. В структуре смертности от болезней системы кровообращения, ведущие места занимали ишемическая болезнь сердца (54,1%), цереброваскулярные нарушения (20,0%) и гипертоническая болезнь (14,2%).

С позиции управления рисками возникновения ССЗ эксперты ВОЗ выделяют факторы, которые модифицируются (некоторые поведенческие и биологические факторы риска) и не модифицируются (возраст, пол). Так, в

---

последнее время ВОЗ выделила семь факторов риска (ФР), которые достоверно повышают смертность населения в европейских странах. К этим факторам в порядке их приоритетного распределения относят артериальную гипертензию (АГ), гиперхолестеринемия, курение, ожирение, низкое потребление овощей и фруктов, гиподинамию и чрезмерное потребление алкоголя.

В разных странах приоритеты этих ФР меняются, однако, на первом месте все равно остается АГ. В многочисленных эпидемиологических исследованиях, проведенных как в нашей стране, так и за рубежом, получены доказательства того, что путем целенаправленного лечебного и профилактического вмешательства, в первую очередь, по отношению к перечисленным ФР, можно снизить частоту возникновения ССЗ и предупредить преждевременную смертность населения.

Известно, что артериальная гипертензия - один из ведущих факторов риска болезней системы кровообращения [5; 13 и др.]. Чем выше артериальное давление (АД), тем выше риск мозгового инсульта и ишемической болезни сердца. Прогностическое значение АГ относительно возникновения ССЗ повышается с возрастом.

Определение факторов риска необходимо для формулирования стратегии ведения пациентов, тактики медикаментозного вмешательства, мониторинга состояния.

Главной проблемой в этом вопросе является обеспечение целенаправленности лечебного и профилактического лечения [4]. В значительной степени оно связано с корректным выбором лекарств. Но корректный выбор наталкивается на решение других, не менее простых проблем. Среди них кроме понятных и прогнозируемых по стоимости лекарств, есть задача соотношения препаратов - генериков и оригинальных препаратов,

---



применение препаратов с лечебной или профилактической целью, сроков действия, безопасности и тому подобное.

Заметим, что применение оригинальных ЛС и генериков привлекает особое внимание в последние годы, поскольку это одна из самых распространенных форм медицинского обслуживания в развитых странах. Ошибки, связанные с назначением ЛС, является наиболее частой причиной инцидентов в медицинской сфере. Например, европейские санитарные органы рассматривают их как очень важный вопрос здравоохранения.

Безопасность применения ЛС охватывает как побочные эффекты некоторых медикаментов, так и ошибки, связанные с их употреблением. Необходимо четко различать эти два явления. В недавнем докладе ВОЗ показана связь между побочными эффектами некоторых медикаментов (pharmacovigilance) и безопасностью продукции, в то время, как ошибки, по применению медикаментов, здесь связываются с безопасностью медицинского обслуживания.

Ошибка, связанная с применением ЛС, определяется как: случай, которого можно избежать и который может повлечь или привести к несоответствующему применению лекарств или нанести вред пациенту во время лечения, осуществляется под наблюдением медицинского персонала или самостоятельно. Такие случаи могут быть связаны с профессиональной практикой, с ЛС, процедурами и механизмами, включая прописание лекарств, предоставление инструкций по их применению; этикетирования, упаковки и наименование продукции; изготовление, выдачу, распространение, предписания лекарств; информирование и воспитание к применению и надзор за применением лекарств.

Считаем, что в нашей стране необходимо создание координационного центра по вопросам безопасного применения ЛС, который действовал бы в

---

сотрудничестве и в дополнение к системам по надзору за применением ЛС с целью сбора данных об ошибках, связанные с применением лекарств, изучение их причин, а также распространение информации по предотвращению или снижению риска таких ошибок.

Безусловно, сложные социально-экономические, политические и демографические изменения, которые происходили и происходят в стране сейчас, а также связанные с этим трудности, существенным образом отразились на деятельности всей системы здравоохранения, региональных органов управления здравоохранением, каждый УЗ.

Однако одним из важнейших приоритетов государственной политики остается сохранение и укрепление здоровья нации на основании формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

К сожалению, процесс реформирования в здравоохранении сегодня сопровождается рядом недостатков, среди которых: отсутствие четко обозначенных целей; постоянный пересмотр стратегии реформ; отсутствие четкой политики, обеспечивающей выполнение принятых решений; игнорирование научно доказанных или проверенных практических подходов, форм и методов преобразований; существенное влияние на принятие решений лоббистских групп (например, фармкомпаний); низкие темпы реализации; непоследовательность и противоречивость действий.

Однако постоянной остается цель реформирования - улучшение состояния здоровья населения (снижение заболеваемости, смертности, увеличение продолжительности жизни и активного долголетия), а также оптимизация расходов на медицинскую помощь; улучшения качества медицинской помощи (40-70% средств тратится на устранение дефектов, последствий ошибок, возмещение судебных исков).

---

В рамках концепции реформы здравоохранения определено, что одним из важных критериев управления должно выступать качество медицинской помощи, как степень совершенства процесса оказания медицинской помощи, который способен удовлетворять потребности пациента в сохранении и восстановлении здоровья и соответствовать требованиям, установленным законодательством. Медицинская помощь оказана качественно, если она отвечала ожиданиям потребителя (внутреннего и внешнего), и ее результатом стала ожидаемое изменение состояния здоровья. Внутренний потребитель - это медицинский работник, внешний - пациент.

Реформа здравоохранения в области управления качеством должна позволить проводить оценку медицинской помощи на основании ее промежуточных и конечных результатов, и оплачивать медицинскую помощь за ее качество в соответствии с такой оценкой. Для всех составляющих устанавливаются стандарты, поскольку оценки и контроль можно проводить только путем сравнения с эталоном.

Для эффективного развития системы здравоохранения необходимо, чтобы та ее часть, которая связана с организацией и управлением УЗ, была адекватна современным, качественно новым экономико-правовым отношениям. Только в таком случае возможна полноценная консолидация и качественное взаимодействие государства, бизнеса и общества по вопросам охраны здоровья граждан.

Понятно, что реструктуризация системы здравоохранения - является комплексным процессом, который охватывает все стороны функционирования отрасли, и должна обеспечиваться постоянной перегруппировкой ресурсов внутри и между звеньями, этапами и уровнями медицинской помощи для использования эффективных и наименее затратных решений по учетом

---

требований в медицинских услугах (в том числе медикаментозное обеспечение), развития клинической практики и технологий.

Здравоохранение как компонент процесса глобализации становится политическим проектом, в который включены различного уровня исполнители, институты, учреждения, организации, поддерживающие неолиберальный экономический подход. Отрасль поставлена в жесткие внешние социальные, экономические, организационные и политические рамки, и требует замены прежних привычных подходов новыми образцами и моделями. При этом увеличивается степень неопределенности во всех структурах здравоохранения, существенно затрудняя выбор правильных управленческих решений. Тем не менее, основной характеристикой в принятии решений должны быть показатели качества оказания медицинской помощи и здоровья населения.

### **Список использованных источников**

1. Альбицкая Ж.В. Ранний детский аутизм - проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии // Медицинский альманах. 2016. № 2 (42). С. 108-111.

2. Берсенева Е.А., Седов А.А. Создание автоматизированной системы формирования аналитической отчетности в городской клинической больнице с использованием olap-технологии // Врач и информационные технологии. 2010. № 4. С. 19-25.

3. Богачева Н.В., Дармов И.В., Елагин Г.Д., Крючков А.В., Тихвинская О.В. Современные лабораторные методы оценки эффективности проведения иммунизации против опасных и особо опасных инфекций // Клиническая лабораторная диагностика. 2011. № 6. С. 39-42.

4. Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Зеленикин М.А., Хассан Али, Махачев О.А., Самсонов В.Б., Зеленикин М.М., Бондаренко Л.В., Купряшов А.А. Полуторажелудочковая коррекция сложных врожденных пороков сердца: показания к операции и результаты // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2006. № 1. С. 8-13.

5. Бородина Г.Н. Морфологические изменения ушек сердца в процессе развития // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17. № 2. С. 80-82.

6. Василенко Ф.И., Сазонова Е.А. Психофизическая реабилитация при вегетативной дисфункции. - Челябинск, 2006. – 67 с.

7. Галлямова Ю.А., Чернышева М.П., Тихонова Ю.Б. Распространенность атопического дерматита среди детей Российской Федерации // Вопросы современной педиатрии. 2009. Т. 8. № 2. С. 122-123.

8. Горский В.С. Особенности течения псориаза на территориях тульской области, подверженных радиоактивному загрязнению // Диссертация ... кандидата медицинских наук. - Москва, 2013.

9. Гранов Д.А., Жеребцов Ф.К., Польшалов В.Н., Майстренко Д.Н., Боровик В.В., Руткин И.О., Осовских В.В., Цурупа С.П. Реализация программы трансплантации печени в ЦНИРРИ // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2007. Т. 9. № 1. С. 10-15.

10. Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т. Дискуссионные вопросы лимфологии // Морфология. 2009. Т. 136. № 5. С. 77-80.

11. Делягин В.М., Каграманова К.Г., Шугурина Е.Г., Сичинава И.В., Соколова М.В., Боринская С.А., Янковский Н.К. Полиморфизм гена лактазы у детей с атопическими заболеваниями // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2008. Т. 87. № 4. С. 15-17.

12. Демихова О.В., Карпина Н.Л., Лепеха Л.Н., Багиров М.А., Амансахедов Р.Б. Пути оптимизации диагностики и дифференциальной

диагностики диссеминированного туберкулеза легких // Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. № 11. С. 15-21.

13. Евтюхин И.Ю., Дедов Д.В., Мазаев В.П., Эльгардт И.А., Маслов А.Н., Рязанова С.В., Леонтьев В.А., Пикалова Л.П., Балашова Л.А. Изучение клинических характеристик и ремоделирования левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца на длительных сроках наблюдения после операций реваскуляризации миокарда // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 4. С. 63.

14. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Переверзев В.С., Тишков Д.С. Кариес зубов у детей мегаполиса и пригородов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. Т. 15. № 4 (59). С. 73-76.

15. Камаев И.А., Перевезенцев Е.А., Максимова С.В. Современные тенденции распространённости болезней органов кровообращения в сельской популяции // Медицинский альманах. 2012. № 3. С. 17-20.

16. Киселев И.Л., Долгин В.И., Куденцова Г.В., Хвостовой В.В. Эпидемиология и профилактика рака молочной железы в Курской области // Здоровье населения и среда обитания. 2015. № 2 (263). С. 10-12.

17. Корнетов Н.А., Корнетов А.Н., Попова Г.А. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15. № 2. С. 30-34.

18. Кочурова Е.В. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Москва, 2015

19. Куракин Э.С. Реализация современных принципов эпидемиологического надзора за внутрибольничными острыми кишечными

инфекциями на региональном уровне // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 3. С. 319-322.

20. Люцко В.В. Система оказания медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, и механизмы повышения ее эффективности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2009

21. Маркова С.В., Петрова П.Г., Борисова Н.В.К.М.Н., Антипина У.Д., Пшенникова Е.В., Егорова Г.А.Д.М.Н. Здоровье и элементный статус детей южной Якутии (на примере Алданского района) // Якутский медицинский журнал. 2012. № 2 (38). С. 86-88.

22. Омарова С.М., Муталипова З.М., Нурмагомедова З.М., Меджидова Д.Ш., Юнусова Р.Ю., Горелова В.Г. Видовой состав и биологические свойства возбудителей нозокомиальных пневмоний, выделенных в стационарах хирургического профиля Махачкалы // Клиническая лабораторная диагностика. 2012. № 12. С. 38-40.

23. Петрова Е.В., Семенова Н.В., Алехин А.Н. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2011. № 12. С. 194-199.

24. Протопопова Н.В., Самчук П.М., Кравчук Н.В. Клинические протоколы. - Иркутск, 2006.

25. Простакишина Ю.М., Костин В.И., Шангина О.А., Солодилова Т.П. Влияние степени тяжести хронической обструктивной болезни легких и уровня депрессии на качество жизни пожилых пациентов // Медицина в Кузбассе. 2012. № 2. С. 34-37.

26. Секирин А.Б., Дорогин В.Е. Опыт применения сочетанного стоматологического ортопедического и остеопатического лечения у пациентов с преобладанием нисходящего и восходящего типов дисфункции височно-

---

нижнечелюстного сустава // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 5. С. 128.

27. Ястремский А.П., Санников А.Г., Соколовский Н.С., Воронов С.В. Возможности и ограничения традиционных способов разработки экспертных систем в оториноларингологии // Медицинская наука и образование Урала. 2013. Т. 14. № 1 (73). С. 155-157.

28. Stepanova T., Gerein V., Zhukovskaya E. Preliminary results of the treatment of children with all according to the BFMALL90M protocol in Russia and Kazakhstan // Medical and Pediatric Oncology. 1997. Т. 30. № 3. С. 160.

29. Tanashyan M.M., Raskurazhev A.A., Shabalina A.A., Lagoda O.V., Gnedovskaya E.V. Iomarkers of cerebral atherosclerosis: the potential for early diagnosis and individual risk prognosis // Human Physiology. 2016. Т. 42. № 8. С. 910-916.

30. Utyuzh A.S., Yumashev A.V., Mikhailova M.V. Spectrographic analysis of titanium alloys in prosthetic dentistry // Journal of Global Pharma Technology. 2016. Т. 8. № 12. С. 7-11.