ИНТЕГРАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

А.А. Ушаков, А.И. Пугач, М.А. Креймер, А.И. Старков

Центр госсанэпиднадзора в г. Барнауле
НИИ гигиены Минздрава России (г. Новосибирск)
Алтайский краевой центр медицинской профилактики (г. Барнаул)

Состояние здоровья человека фактически на половину зависит от его образа жизни, на экологию и генетику приходится по 1/5 всех возможностей в управлении здоровьем, возможности современной медицины в восстановлении здоровья не превышают 10-12%. Однако, распределение финансовых средств в социальной сфере противоположное, так в частности большая часть выделяемых средств направляется именно на организацию и оказание медицинской помощи населению. Но и этих средств, даже вместе со средствами фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), оказывается недостаточно. Объем выделяемых ресурсов (менее 5% ВВП по Российской Федерации) заведомо не позволяет управлять качеством медицинской помощи, не обеспечивает равную доступность к современным дорогостоящим медицинским технологиям. В тоже время и общество не может себе позволить бесконечно увеличивать расходы на лекарство и лечение, такой путь социального развития общества катастрофичен. Поэтому обозначенная проблема достижения здоровья при ограниченных ресурсах общества весьма актуальна. Важно, чтобы при тех ресурсах, которыми располагает общество, не подрывались сами основы восстановления здоровья, и обеспечивался витальный цикл человека.

Предлагаемая в данном материале причинно-следственная обусловленность сохранения здоровья может стать практической моделью управления социальными процессами в обществе. Так: на схеме 1 показано, каким образом распределяются средства бюджета, которые в той или иной мере решают задачи: а) профилактики здоровья, б) восстановления здоровья и в) лечения в случае потери здоровья; на схеме 2 - способ интеграции управления здоровьем на основе понимания её биологической сущности и имеющихся в обществе социальных рычагов. В связи, с этим можно предположить следующий генезис развития патологического процесса и необходимый встречный профилактический механизм:

1. Первым звеном в восстановлении здоровья на социально - гигиеническом уровне являются сфера, обеспечивающая экологическую безопасность населению и жилищно-коммунальная сфера. Эффективность функционирования объектов социально-гигиенического уровня обуславливает первичную профилактику заболеваемости и восстановление здоровья населения. Работа этих объектов финансируется из статей местного (муниципального) бюджета, кото-

рый содержит в себе необходимые статьи расходов на санитарную очистку населенного пункта, микроклимат жилых помещений, экологическую безопасность и на проведение других жизненно-важных и необходимых мероприятий. Грамотная политика в данной области может предотвратить возникновение тех или иных заболеваний у половины жителей населенного пункта. Необходимо чтобы экологическим и жилищно-коммунальным мероприятиям была дана социально-гигиеническая экспертиза (оценка), исключающая малоэффективные и обеспечивающая приоритетные здравоохраненческие.

2. Но не всем гражданам населенного пункта будет достаточны профилактические мероприятия первого уровня, обуславливая возникновение нарушений в состоянии здоровья (не болезни!). В этих случаях сами граждане прибегают к помощи частных медицинских центров - уровень профилактической медицины (второе звено). Для восстановления здоровья граждане выбирают дорогостоящие процедуры по коррекции веса, физических и косметических дефектов, лечению хронических неспецифических заболеваний. Количество и специализация частных медицинских центров в настоящее время формируется случайным образом на рынке спроса и предложения. Данные Центры не финансируются из бюджета, но они решают важные профилактические задачи. Органы местного самоуправления имеют в их лице дополнительные единицы негосударственного здравоохранения. Необходимо только обосновать оптимальный перечень (количество и специализацию) данных Центров создав им режим льгот и механизм количественного (по специализации) и качественного (по уровню оказываемых услуг) регулирования.

Наряду с рынком частного здравоохранения сохраняют свою деятельность и адаптируются к новым экономическим условиям Центры медицинской профилактики, работающие в структуре здравоохраненческого уровня управления. Однако, при существующем дефиците бюджета, большом объеме больных, медицинская профилактика (в лице Центров медицинской профилактики) фактически не финансируется, а значит и её работа мало эффективна. Тем более что и средства, поступающие на проведение профилактических мероприятий из ФОМС, весьма ограничены. Таким образом, медицинская профилактика (в лице Центров медицинской профилактики) является тем резервом (при полноценном финансировании), благодаря которому можно уменьшить число больных с запущенными формами болезней до уровня, при котором в системе лечебного здравоохранения будет достаточно средств на выплату зарплаты медицинскому персоналу, на приобретение необходимого медицинского имущества и на оплату коммунальных платежей.

3. Данная идея изложена в законе о медицинском страховании граждан России (1991г.), цель которого (статья 1) можно прокомментировать следующим образом: а) пока я здоровый - плачу, страховые взносы в ФОМС; б) при

возникновении заболевания - я не волнуюсь за оплату медицинских услуг, т.к. все расходы берет на себя ФОМС; в) когда у ФОМСа не хватает денег для финансирования лечебной деятельности - он организует проведение профилактических мероприятий. Для разработки предложений по координации работ системы здравоохранения и ОМС с учетом складывающегося бюджетного процесса и деятельности внебюджетных фондов необходимо рассмотреть следующие основные вопросы: а) определение специфики экономики здравоохранения и обоснование источников ее финансирования; б) организация управленческой модели системы здравоохранения с учетом ОМС и оптимизация средств по критерию здоровья; в) социально-гигиенический мониторинг, как система предпланового анализа задач охраны окружающей среды и здоровья населения; г) разработка Базовой программы ОМС как плана работ всех структур системы здравоохранения и д) обеспечение финансовой стабильности здравоохранения средствами страховой медицины. При этом ФОМС должен получать деньги на свое содержание не из налогов граждан, а как процент от прибыли, которую он создал на покрытиях проблем сохранения и укрепления их здоровья.

4. Эффективно работающей управленческой моделью здравоохранения будет являться та, при которой обращения за медицинской помощью (диагностика, лечение, операции) не будут превышать 10-12% от всех жителей – уровень лечебного звена (третье звено). Только в этом случае можно говорить об устойчивом развитии общества. Такая цель должна быть провозглашена в единственной Программе населенного пункта, которая включала бы в себя многочисленные экологические, коммунально-бытовые, социальные, культурологические и пр. программы. Большинство действующих в настоящее время Программ свидетельствуют об обратном - нет понимания: 1) о способах сохранения здоровья и его прибыльном расходовании; 2) что здоровье, как природное свойство человека, является единственным источником богатства общества.

Таким образом, здоровье выступает как системообразующее начало экономического порядка в создании прибыльной экономики и социального благополучия общества. Для этого необходимо некоторое обновление федеральных законов о местном самоуправлении и конкретизация ответственности органов власти на всех её уровнях за состоянием здоровья общества, как в целом, так и каждого его представителя в отдельности.

Опубликовано:
Ушаков А.А., Пугач А.И., Креймер М.А., Старков А.И. Интеграция управления здоровьем населения в современных экономических условиях. / Центр госсанэпиднадзора в г. Барнауле НИИ гигиены Минздрава России (г. Новосибирск) Алтайский краевой центр медицинской профилактики (г. Барнаул) // Здоровье населения и среда обитания. – 2002 – № 11 – С 35-39

Схема 1

Управление витальным циклом

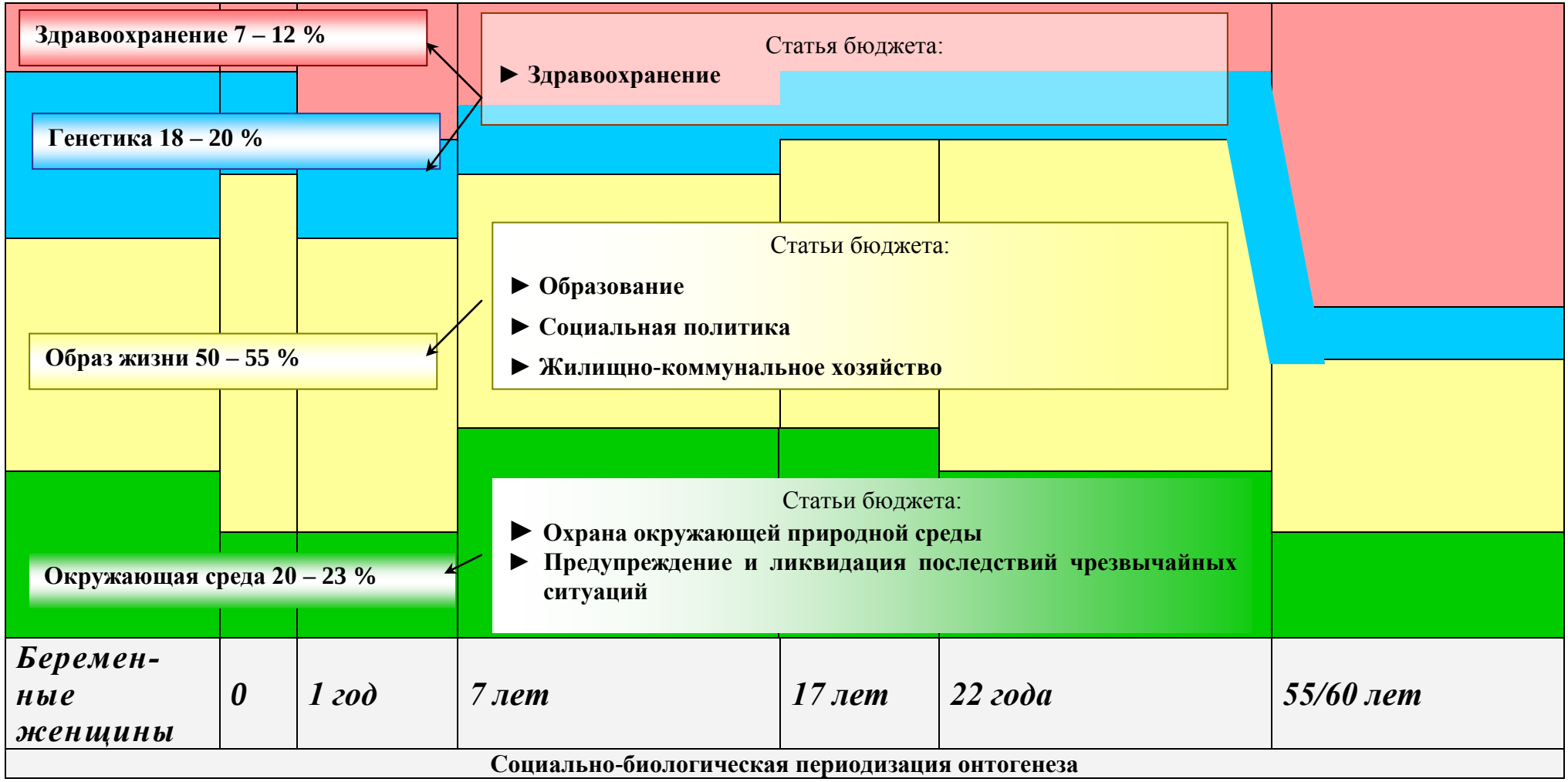

Схема 2

Схема управления здоровьем в г. Барнауле

Смертность с учетом диагнозов в отдельных половозрастных группах

Уровень лечебного звена

Медицинские диспансеры / численность населения их использующая

Больницы / численность населения их использующая

Поликлиники / численность населения их использующая

10 %

Уровень профилактической медицины

Алтайский центр медицинской профилактики / численность населения им пользующаяся

Центры коррекции здоровья (вес, зрение) / численность населения их использующая

Объекты, формирующие самосохранительное поведение / численность их использующая

50 - 55 %

Социально-гигиенический уровень

Коммунально-бытовые объекты / численность населения их использующая

Объекты, обеспечивающие экологическую безопасность / численность населения их использующая

20 – 23 %

Численность населения							100 %
4.510	**5.151**	**34.830**	**93.998**	**77.334**	**156.521(М)** **158.004(Ж)**	**36.062(М)** **83.263(Ж)**	**645.163**

Беременные женщины	**0**	**1 год**	**7 лет**	**17 лет**	**22 года**	**55/60 лет**
Социально-биологическая периодизация онтогенеза						