

Медицинская статистика- инструмент принятия решений?

Система здравоохранения

ВОЗ (2007) указывает на 6 основных компонентов, из которых состоит система здравоохранения:

- **1) обеспечение услуг здравоохранения,**
- **2) работники здравоохранения,**
- **3) система информации и знаний,**
- **4) медицинская продукция, вакцины и технологии,**
- **5) финансирование,**
- **6) лидерство и управление.**

интегральная оценка эффективности системы здравоохранения

- **Главные показатели:**
- **Увеличение средней продолжительности жизни,**
- **Снижение предотвратимой смертности, в т.ч. младенческой и материнской,**
- **Отзывчивость системы здравоохранения на нужды пациентов.**

интегральная оценка эффективности системы здравоохранения

- Качество медицинской помощи**
- Ресурсная обеспеченность**
- Экономическая эффективность**
- Способность системы здравоохранения к**

Показатели здоровья населения

- Ожидаемая продолжительность жизни – РФ (67,9 лет) и ОЭСР (79 лет)
- Общая смертность – РФ (14,6) и ОЭСР (8,6)
- Младенческая смертность – РФ (9,4) и ОЭСР (3,9)
- Предотвратимая смертность – РФ (не измеряется) и ОЭСР (3700)

Ориентированность системы здравоохранения на пациентов

- Доля населения, удовлетворенного качеством и доступностью медицинской помощи – РФ (31%) и ОЭСР (70%)
- Доля пациентов, медпомощь которым координируется ВОП – РФ (не измеряется) и ОЭСР (70-90%)
- Доля пациентов, указавших на хорошие взаимоотношения с врачом – РФ (систематически не измеряется) и ОЭСР (74%)

Равенство различных групп населения

- Разница между показателями здоровья в различных регионах страны – РФ (1,4) и ОЭСР (1,1-1,15)
- Разница в доступности медпомощи между сельским и городским населением (обращаемость за амбулаторной помощью)- РФ (1,5) и ОЭСР (1,0)

Доступность медицинской помощи для населения

- Расходы на здравоохранение из государственных источников в доле ВВП – РФ (3,4%) и ОЭСР (6,5%)
- Время ожидания плановой высокотехнологичной помощи (за исключением трансплантации) – РФ (не измеряется) и ОЭСР (от нескольких недель – Франция, Германия, Нидерланды) до 3 мес. – Великобритания)

Доступность медицинской помощи для населения

- Доля пациентов, отложивших обращение за медпомощью из-за её стоимости – РФ (не измеряется) и ОЭСР (1-5%)
- Доля домохозяйств, несущих катастрофические расходы, т.е. более 30% своих годовых доходов (за вычетом расходов на питание) – РФ (9%) и ОЭСР (3%)

Качество и безопасность медицинской помощи

- Профилактика: доля пациентов, получивших консультации врачей ПМСП по ЗОЖ – РФ (не измеряется) и ОЭСР (90%)
- Эффективность лечения: соответствие лечения клиническим рекомендациям профессиональных обществ – РФ (не измеряется) и ОЭСР (80-90%)

Экономическая эффективность

- **Макроэффективность: соотношение вложений в здравоохранение и показателей здоровья населения – РФ (самая низкая) и ОЭСР (высокая)**
- **Эффективность – доля необоснованных госпитализаций – РФ (30%) и ОЭСР (3%)**

Способность системы к улучшению и инновациям

- Использование врачами электронных историй болезни – РФ (8%) и ОЭСР (90%)
- Расходы на НИОКР по медицинской науке в доле ВВП – РФ (0,03%) и ОЭСР (0,3%)
- Операции реваскуляризации на сердце на 100 тыс. населения – РФ (36,4) и ОЭСР (267)

Благодарю за внимание!!!

Пути решения

- Внедрение национальных счетов в системе здравоохранения;
- Переход на международные критерии оценки эффективности системы здравоохранения, предложенные ОЭСР;
- Переход на оценку социальных детерминантов здоровья и неравенства здравоохранения в рамках новой политики ЕвроВОЗ «Здоровье 2020»

Новая стратегия ВОЗ – здравоохранение 2020

- **Равенство в здравоохранении**
- **Руководство (управление)
здравоохранением**
- **Экономичность
профилактики**
- **Общественное
здравоохранение**

Недостатки (слабости) систем здравоохранения

Ригидность (консервативность)

Фрагментированность

**Частые организационные
изменения**

Поиск новых Know-How

- * Равенство в здравоохранении – задача развития страны**
- * Структурные механизмы**
- * Новые подходы в стратегиях – все правительства – все сообщества**

Бедность – это не рок или судьба

«Бедность – это не только материальные лишения (измеряемые с помощью таких категорий, как доход или потребление), но и низкий уровень образования, и плохое состояние здоровья», а также подверженность рискам и незащищенность, равно как и отсутствие возможности отстаивать свои интересы и бессилие перед обстоятельствами.

***Разрывы* 21-го века (Лорд Nigel Crisp, Лондон, 2011)**

- Жизнь в мире существенно изменилась**
- Болезни и условия жизни**
- Больные и население**
- Наука и технологии**
- Здоровье стало глобальной проблемой**

Региональные отклонения от среднего республиканского показателя расходов по ДП ОМС на 1 застрахованного

	2005	2006	2007	2008	2009
г.Бишкек	+67%	+43,6%	+24,9%	+27,2%	+13,3%
Ошская область	+15%	-2,4%	+1,2%	-0,8%	+8,3%
Чуйская область	-11%	-20,1%	-13,3%	-16%	-29,4%
Баткенская область	-15%	+21,2%	-3,57%	-3,2%	-18,4%
Джалал-Абадская область	-21%	-8,0%	-2,7%	-1,3%	+6,7%
Иссык-Кульская область	-21%	+1,2%	-5,7%	-11,3%	-6,7%
Нарынская область	-29%	-22,4%	1,6%	+7,9%	+7,4%
Таласская область	-45%	-27,2%	-6,3%	+3,1%	+24,2

Финансирование здравоохранения

Социальное медицинское страхование служит основным источником доходов для здравоохранения Венгрии, Германии, Нидерландов, Словакии, Словении, Франции, Хорватии, Чехии и Эстонии.

Финансирование здравоохранения

Оба источника играют приблизительно равноценную роль в финансировании здравоохранения Бельгии, Греции и Швейцарии.

Финансирование здравоохранения

- Во всех европейских странах, за исключением Франции и Голландии, официальные сооплаты наличными занимают в структуре частных расходов на здравоохранение более значительное место, чем частное медицинское страхование

Финансирование здравоохранения

- Большинство европейских систем здравоохранения финансируется из разнообразных источников.
- В Великобритании здравоохранение финансируется преимущественно путем прямого налогообложения.
- Адресные подоходные налоги на здравоохранение играют первоочередную роль во Франции и в Италии.

Финансирование здравоохранения

- **Общегосударственные налоги – основной источник расходов здравоохранения Албании, Греции, Испании, Польши и Португалии**

Финансирование здравоохранения

- **Региональные или местные налоги – главный источник финансирования здравоохранения в Болгарии, Дании, Норвегии, Финляндии, Швеции, а с 2000 года в Италии**

Здоровье как глобальная проблема

Глобальная сеть (Networking) и партнерство позволят бедным странам избежать ошибок развитых стран в области здравоохранения

Трансформация парадигм

- **Больницы и профессионалы фокусируют деятельность на сообщества и населении**
- **От медицинских к социальным услугам**
- **Полезность со-развития для бедных стран**

Здравоохранение в бедных странах

- Неинфекционные + инфекционные болезни**
- Ограниченность ресурсов**
- Бедность, неудовлетворительные условия жизни и экологии**
- Неэффективность систем здравоохранения**

Финансирование здравоохранения

- **Государства с самыми прогрессивными системами общего налогообложения – США, Швейцария, Нидерланды и Германия – в наименьшей степени используют финансирование здравоохранения из налоговых поступлений.**

Финансирование здравоохранения

- Это указывает на наличие политического компромисса в конфликте экономических интересов между здоровыми и богатыми с одной стороны, и больными и бедными – с другой.

3 модели здравоохранения постсоциалистических государств

- Первая или А группа включает страны, где, несмотря на упадок экономики, удалось сохранить высокий уровень финансирования здравоохранения. Это такие страны, как Венгрия, Хорватия и Чехия. Во всех трех странах доход на душу населения был относительно высоким, спад экономических показателей – менее резким, а реформы здравоохранения начались сравнительно рано и проводились весьма последовательно.**

3 модели здравоохранения постсоциалистических государств

- **Вторая или Б группа – это такие страны, как Албания и Россия, где ситуация с финансированием здравоохранения и справедливостью ухудшилась, экономический спад был более серьезен, экономические и политические преобразования затянулись и проводились непоследовательно, реформы здравоохранения начались позднее и, как правило, носили фрагментарный характер.**

3 модели здравоохранения постсоциалистических государств

- Третья или В группа включает страны, где функционирование систем здравоохранения серьезно ухудшилось из-за резкого упадка всех экономических показателей вдобавок к изначально низкому доходу на душу населения. В странах этой группы, особенно в Азербайджане, Грузии и Молдавии, государственное финансирование потерпело крах и, соответственно, средств на социальные нужды, в том числе на здравоохранение, почти не осталось. (ВОЗ, 2002)

Финансирование здравоохранения

- В странах третьей группы неофициальные и официальные платежи наличными из кармана больного стали основным способом финансирования здравоохранения (50-80% общих расходов здравоохранения), что рассматривается как самый регрессивный способ оплаты медицинских услуг.

Финансирование здравоохранения

- ВОЗ (2010) отмечает, что вероятность финансовой катастрофы и обнищания населения снижается до незначительного уровня, только в том случае, если доля неформальных и формальных платежей снизится до 15-20% от общих расходов на здравоохранение.

Финансирование здравоохранения

- Это труднодостижимая цель, поэтому, государства-члены ВОЗ региона Юго-Восточной Азии и региона Западной части Тихого океана установили задачу снизить долю таких платежей населения до 30-40% (ВОЗ, 2010)

Финансирование здравоохранения

- «Если ты заболел, то приходится выбирать: либо обойтись без лечения, либо остаться без фермы» (Houston S., 2005). Почти 50 лет назад неумолимая реальность жизни в сельских районах Канады натолкнула Мэтью Андерсона (1882-1974) на мысль создать систему медицинского страхования на основе налогообложения, которая, в конечном счете привела в 1965 году к введению всеобщей системы здравоохранения на территории всей Канады.

Финансирование здравоохранения

- Примерно 5,6 миллиарда человек в странах с низким и средним уровнем доходов более половины расходов на медицинскую помощь оплачивают из собственных средств (ВОЗ, 2008). Это лишает многие семьи необходимой помощи, потому что они не в состоянии оплатить её. Кроме того, более 100 миллионов человек в мире нищают каждый день из-за разорительных расходов на медицинское обслуживание (Хи К., 2007).

4 причины неофициальных платежей в здравоохранении (ВОЗ, 2003)

- 1) Недостаток государственных финансовых средств. Не заплатив, больные не получают необходимых для лечения лекарств и/или перевязочных материалов. Медицинский персонал рассчитывает на платежи от больного, как дополнение к низкой государственной зарплате.**
- 2) Недостаточное развитие частных медицинских услуг. Ввиду слабого развития частного сектора больные с деньгами имеют ограниченные**

4 причины неофициальных платежей в здравоохранении (ВОЗ, 2003)

- 3) Стремление потребителя иметь рычаги воздействия на поставщика. В сделке между поставщиком медицинских услуг и больным третья сторона не участвует, что делает поставщика подотчетным больному. Данное обстоятельство существенно влияет на уровень неофициальных платежей в Южной Европе и может служить объяснением того, почему в этих странах так низок спрос на частное медицинское страхование.
- 4) Культурные традиции. В странах Южной, Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР традиция неофициальных платежей населения медицинским работникам существует давно и искоренить её очень

Неравенство в здравоохранении

- **Глубокое неравенство возможностей для охраны здоровья в сочетании с неравенством, присущим системе предоставления медицинских услуг на платной основе, ведет к катастрофическому неравенству в уровне здоровья (WHO, 2007). Сегодня документально подтверждены масштабы неравенства в уровне здоровья. Это является следствием социального расслоения и политического неравенства, что находится за пределами сферы влияния системы здравоохранения (ВОЗ, 2008).**

Неравенство в здравоохранении

- Важное значение имеет уровень доходов и социальный статус, а также район проживания, условия труда, расовая принадлежность и подверженность стрессам (Adler N., Stewart J., 2007).
Неравенство в уровне здоровья также зависит от способов, посредством которых системы здравоохранения исключают людей из сферы своей ответственности такие, как неравенство в наличии медицинской помощи, доступе, качестве помощи и размере оплаты, и даже от того, как осуществляется клиническая практика (Danc A., 2007)

Неравенство в здравоохранении

- **Основным шагом, который может предпринять страна для обеспечения равенства в уровне здоровья, является разработка политики достижения универсального (всеобщего) охвата, который подразумевает всеобщий доступ к полному спектру индивидуальных и общественных услуг здравоохранения, необходимых людям, при условии обеспечения социальных мер охраны здоровья (ВОЗ, 2008).**

Неравенство в здравоохранении

- **Достижение всеобщего охвата медицинскими услугами – это результат борьбы и завоевание общественных движений, а не добровольный дар политических лидеров (ВОЗ, 2000)**

Эффективность здравоохранения

- По мнению Mossialos E., Dixon A. (2002), успешное функционирование системы здравоохранения в значительной степени определяется внешними (контекстуальными) факторами. Среди этих факторов различают: 1) ситуационные, 2) структурные, 3) факторы, относящиеся к окружению и 4) факторы, относящиеся к культурным традициям. Все эти факторы способны оказать прямое влияние на сбор доходов и уровень расходов на здравоохранение (Leichter H., 1979)

Эффективность здравоохранения

- Ситуационные факторы – это заметные, но преходящие события, оказывающие прямое влияние на политику. К ним относятся крупные политические события, подобные революциям в странах Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР, а также такие перемены, как приход к власти новой политической партии или назначение нового

Эффективность здравоохранения

- Структурные факторы имеют более постоянный характер. К ним относятся экономическая основа государства, его политические институты и демографическая структура населения. Такие факторы, как темпы экономического роста, размер неофициального сектора экономики, степень коррумпированности государства, стабильность политических институтов и др. существенно отражаются на сборе доходов и уровне расходов на здравоохранение.

Эффективность здравоохранения

- Под факторами, относящимся к окружению, понимаются события, структуры и ценности, внешние по отношению к политической системе, но влияющие на принятие решений внутри страны. К ним относятся гражданские войны, междоусобицы и межэтнические конфликты, которые отрицательно влияют на способность государства

Эффективность здравоохранения

- К культурным факторам относятся доверие к правительству и к законодательной власти, статус профессионалов, структура идеологических предпочтений, традиционно сложившееся отношение к неофициальным платежам и подаркам (взяткам), восприятие неформальных сообществ и неформальных

Неравенство в здравоохранении

- **Важнейшие детерминанты здоровья: бедность в таких ее различных проявлениях, как недостаточная обеспеченность продовольствием, социальное исключение и дискриминация, неадекватное жилье, недостаточная защита развития детей в раннем возрасте и небезопасные условия труда, не говоря уже о медицинской помощи низкого качества (ВОЗ, 2005).**

Бедность и здравоохранение

- Бедность является причиной наибольшей доли глобального бремени заболеваемости и смертности и большинства имеющихся различий в состоянии здоровья населения между странами и внутри отдельно взятой страны. Убедительным доказательством этого положения является то, что из 500 000 женщин, которые умерли в период беременности или родов, и из 5 миллионов младенцев, которые умерли на первом месяце жизни, соответственно 99% и 98% проживали в развивающихся странах (Jha P., Mills A., 2002).**

Бедность и здравоохранение

- В Армении и Камбодже показатель детской смертности для беднейшей пятой части населения в 2-3 раза выше, чем для богатейшей пятой части. В Египте и Перу лишь 60% взрослого населения среди его беднейшей пятой части имеет начальное образование, а в богатейшей пятой части – 100% (ВБ, 2004). В Непале 46% расходов на образование достается богатейшей пятой части населения и только 11% - беднейшей. В Индии богатейшая пятая часть населения получает в три раза больше субсидий на медицинские услуги, чем беднейшая пятая часть (Peters D. et al., 2003).

***Большая пятерка* причин смертности в КР**

- В Кыргызской Республике на так называемую «большую пятерку» неинфекционных заболеваний приходится 82,9% всех причин смертности населения – болезни органов кровообращения (49%), травмы, отравления и несчастные случаи (9,7%), онкологические заболевания (9,1%), болезни органов дыхания (8,4%) и болезни органов пищеварения (6,6%) (МИЦ МЗ, 2010).**

4 комплекса реформы здравоохранения (Генеральный директор ВОЗ М Чан 2008)

- - реформы, обеспечивающие универсальный (всеобщий) охват, которые направлены на то, чтобы системы здравоохранения способствовали достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, главным образом путем обеспечения универсального доступа к медицинским услугам и социальной защиты населения**

4 комплекса реформы здравоохранения (Генеральный директор ВОЗ М Чан 2008)

- - реформы сферы предоставления услуг, которые предусматривают реорганизацию служб здравоохранения в соответствии с потребностями и ожиданиями людей с тем, чтобы повысить социальную значимость этих услуг и их способность более чутко реагировать на изменения в мире при одновременном достижении более **высоких результатов****

4 комплекса реформы здравоохранения (Генеральный директор ВОЗ М Чан 2008)

- - реформы государственной политики, которые способствуют повышению уровня здоровья общин путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с первичной помощью, проведения рациональной государственной политики во всех секторах и укрепления мер общественного здравоохранения на национальном и транснациональном уровнях**

4 комплекса реформы здравоохранения (Генеральный директор ВОЗ, М.Чан, 2008)

- - реформы управления, которые призваны заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным, осуществляемым на основе переговоров управлением в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения.

Эффективность здравоохранения

- **Значительное увеличение ресурсов, предоставляемых для программ по борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией крупными глобальными инициативами, создали основу для дискуссий вокруг вертикальных структур, направленных на достижение результатов по профилактике и лечению конкретных заболеваний, и вокруг горизонтальных инициатив, направленных на улучшение систем здравоохранения в целом (ВОЗ, 2008; Chan M., 2009).**

Эффективность здравоохранения

- **Генеральный директор ВОЗ, д-р Чан М. (2009) убеждена, что достижение целей развития тысячелетия в области здравоохранения будет невозможным без фундаментального возвращения к основным ценностям, принципам и подходам базового здравоохранения.**

Эффективность здравоохранения (опыт Султаната Оман)

- Оман последовательно инвестировал средства в национальную систему здравоохранения и сохранял подобный уровень инвестиций в течение длительного времени. В настоящее время в стране существует обширная сеть из 180 местных, районных и региональных медицинских учреждений со штатом более 5000 медицинских работников, которые обеспечивают практически всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию для населения Омана, насчитывающего 2,2 млн. человек, кроме того охват этими услугами распространяется и на иностранных

Эффективность здравоохранения (опыт Султаната Оман)

- В настоящее время в более чем 98% случаях роды в Омане принимаются квалифицированным персоналом и свыше 98% грудных детей полностью иммунизированы. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая составляла в конце 1970-х годов менее 60 лет, в настоящее время превышает 74 года. Показатель смертности среди детей в возрасте до 5 лет снизился на 94%, что является выдающимся достижением (Primary health care performance, Sultanate of Oman, 2006).

Эффективность здравоохранения (опыт Португалии)

- **Политические требования сокращения огромного неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию в стране привели к созданию национальной системы здравоохранения, финансируемой за счет налогов, которые дополняются системами государственного и частного страхования, а также наличными платежами (Bentes M. et al., 2004; Barros P., Simoes J., 2007).**

Эффективность здравоохранения (опыт Португалии)

- Система здравоохранения полностью сформировалась в период с 1979 по 1983 годы и четко базируется на принципах первичной медико-санитарной помощи. Широкая сеть медицинских учреждений, укомплектованных семейными врачами и медицинскими сестрами, постепенно охватила всю страну.

Эффективность здравоохранения (опыт Португалии)

- Португалия считает такую сеть своим высшим достижением в плане улучшения доступа к медицинскому обслуживанию и повышении показателей здоровья населения (Biscala A. et al., 2006). В настоящее время ожидаемая продолжительность жизни при рождении на 9,2 года больше, чем 30 лет назад, а ВВП на душу населения удвоился. Показатели Португалии в снижении смертности в различных возрастных группах населения являются одними из самых высоких в мире за последние 30 лет.**

Эффективность здравоохранения (опыт Ирана)

- В 1974 году младенческая смертность в Иране составляла 120 на 1000 живорожденных в сельских районах и 62 – в городах. Материнская смертность снизилась с 370 на 100 тыс. живорожденных до 35 в период с 1970 года по 1996 год.
- Как же удалось Ирану достичь такого успеха?
- В 1980 году после победы Иранской революции была принята новая Конституция, которая обязала правительство предоставить основные услуги здравоохранения «обездоленным» людям («мостазафин»).
- Первейшей задачей властей стало обеспечение доступа к медицинским услугам.
- Было увеличено финансирование сельских медицинских учреждений и в настоящее время они составляют почти треть бюджета здравоохранения Ирана.

Бедность и здравоохранение

- На основе полного свода данных по 56 странам с низким и средним уровнями доходов было показано, что средний показатель младенческой смертности составляет 87 в беднейшей квинтили и 41 – в наиболее обеспеченной квинтили. В среднем 21,5% детей в беднейшей квинтили страдали сильным отставанием в росте против 6,5% в наиболее обеспеченной квинтили. Среднее число родов на 1000 девушек-подростков составило 132 в беднейшей квинтили и 42 – в наиболее обеспеченной квинтили. В среднем в этих 56 странах 77% младенцев родились дома в беднейшей квинтили и 24% - в наиболее обеспеченной квинтили (Язбек А., 2010).

Эффективность здравоохранения (опыт Португалии)

- Решение Португалии основывать свою политику в области здравоохранения на принципах первичной медико-санитарной помощи при одновременном развитии сети комплексного медико-санитарного обслуживания населения сыграло ключевую роль в сокращении материнской (на 95%) и детской смертности (на 89%), а снижение перинатальной смертности (на 71%) было связано с расширением сети стационарных лечебных учреждений (Biscala A., 2008).

Бедность и здравоохранение

- Опыт Бразилии, Коста-Рики, Кубы, Чили и Ирана показывает, что хорошо развитые системы здравоохранения могут улучшать состояние здоровья даже у беднейших групп населения (ВБ, 2004).**

Эффективность здравоохранения

- ВОЗ (2008) выделил 3 особенно тревожные тенденции:
- - системы здравоохранения неоправданно много внимания уделяют узконаправленному предоставлению специализированной медицинской помощи;
- - системы здравоохранения используют административно-управленческие методы борьбы с заболеваниями, добиваясь краткосрочных результатов, что ведет к фрагментированному медицинскому обслуживанию;
- - системы здравоохранения придерживаются принципа невмешательства или неограниченной свободы в области управления, что ведет к безудержной нерегулируемой коммерциализации

Цели развития тысячелетия к 2015 году

- сократить вдвое долю людей, живущих в условиях крайней бедности из-за низких доходов (менее чем на 1 долл. США в день);
- обеспечить всеобщее начальное образование;
- преодолеть различия в начальном и среднем образовании между мужчинами и женщинами (к 2005 году);
- сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет;

Цели развития тысячелетия к 2015 году

- **снизить на три четверти показатель материнской смертности;**
- **остановить распространение ВИЧ и СПИДа;**
- **осуществить к 2005 году национальные стратегии устойчивого развития во всех странах для того, чтобы обратить вспять к 2015 году тенденцию к утрате экологических ресурсов;**
- **формировать глобальное партнерство в целях развития.**