

Справедливости ради

В рамках сформулированной в 80-е годы прошлого века концепции ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» первым из 38 значился постулат — «Справедливость в вопросах охраны здоровья». В России в настоящее время созданы предпосылки для его успешной реализации, однако проблема выявления, измерения, оценки и устранения неравенства и несправедливости в отношении здоровья населения на федеральном, региональном и муниципальном уровнях остается нерешенной.



Нина КАЛЕВА,
главный специалист отдела по связям с общественными и научными учреждениями ТФОМС Челябинской области, кандидат медицинских наук

36 административно-территориальных образованиях (ТО) Челябинской области с 2001 по 2010 год.

Для анализа было выделено четыре категории ТО, которые существенно отличаются по уровню развития промышленного и сельскохозяйственного производства, экономики, образования, здравоохранения и других социальных сфер. ТО I — областной центр с населением более миллиона жителей, ТО II — четыре больших городских округа с населением более 100 тысяч, но менее 500 тысяч жителей в каждом, ТО III — четырнадцать городских округов и муниципальных районов с населением менее 100 тысяч в каждом, ТО IV — 17 сельских муниципальных районов.

Экспертиза КМП проводилась по единым методологическим принципам и стандартизированной технологии с применением компьютерной программы «Экспертная оценка качества лечебно-диагностического процесса». При обработке карты экспертной оценки фиксировались баллы, соответствующие каждому дефекту КМП. Напомним, при показателе дефектов (ПД) < 0,04 финансовые затраты на медицинскую помощь восстанавливаются. При ПД ≥ 0,04 затраты не возмещаются частично или полностью.

За период исследования самая низкая частота всех типов дефектов выявлена в ТО I. В ТО II по сравнению с ТО I частота общих дефектов КМП была выше в 3,3 раза (частота дефектов с ПД ≥ 0,04 — в 2,6 раза, дефектов диагностики — в 4,2 раза, дефектов лечения — в 3,9 раза). Разрыв по частоте дефектов

всех типов по отношению к ТО I становится еще больше в ТО III и ТО IV. Полученные данные свидетельствуют об ощутимых различиях в уровне качества оказываемой пациентам медпомощи в различных типах территориальных объединений. При этом данные исследования свидетельствуют: качество медицинской помощи, оказываемой участковыми педиатрами, существенно выше, чем таковое при работе участковых врачей-терапевтов.

тов КМП была неоднозначной в ТО разных категорий. В ТО I и ТО II произошло снижение частоты всех показателей дефектов КМП детскому населению, при этом в ТО III и IV имело место увеличение общего числа дефектов, дефектов с ПД ≥ 0,04, дефектов диагностики и дефектов лечения. В то же время в оба пятилетних периода частота всех дефектов оказания КМП в ТО II была достоверно выше, чем в ТО I.

Анализируя полученные данные, можно констатировать нарас-

тости. В частности, возникают вопросы о целесообразности и эффективности штрафных санкций в отношении медицинских организаций в муниципальных районах с низким социально-медико-экономическим статусом. Напротив, речь должна идти о фондах выравнивания, ресурсных инвестициях в эти районы. Дети и взрослые, живущие в неблагоприятных социально-экономических условиях сельской местности, имеют более высокие показатели



Данные исследования показывают необходимость переоценки подходов к управлению качеством в первичном звене здравоохранения с позиций обеспечения принципа равенства и справедливости

По единым методологическим принципам

Без фактов, характеризующих различия в показателях качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой пациентам в разных регионах страны и муниципальных образованиях внутри региона, дискуссии о равенстве и справедливости в отношении здоровья носят декларативный, риторический характер. Учитывая это обстоятельство, внештатными экспертами страховых медицинских организаций, входящими в областной регистр независимых экспертов, был проведен анализ качества медицинской помощи (КМП), оказываемой участковыми врачами-педиатрами и участковыми врачами-терапевтами в

Нарастание неравенства

Хотелось бы отметить, что представленный анализ проводился с учетом особенностей финансирования отрасли в течение двух пятилетних периодов. В 2001—2005 годах наблюдался ежегодный медленный рост финансирования здравоохранения области из консолидированного бюджета, а на период с 2006 по 2010 год приходится реализация направлений ПНП «Здоровье», когда резко увеличилось финансовое и ресурсное обеспечение первичного звена. В целом расходы на здравоохранение в Челябинской области с 2001 по 2010 год выросли в 7,1 раза.

В период с 2006 по 2010 год по сравнению с периодом с 2001 по 2005 год динамика частоты дефек-

тов и нарушение принципа справедливости в отношении здоровья детей и взрослых, проживающих в ТО III и IV. Также можно говорить о нерациональном и неэффективном использовании ресурсов, возникновении феномена субоптимизации. Наиболее выраженный рост негативных тенденций наблюдался в сельских муниципальных районах (ТО IV).

Гуманитарная модель

Данные исследования со всей очевидностью показывают необходимость переоценки подходов к управлению качеством в первичном звене здравоохранения с позиций обеспечения принципа равенства и справедли-

заболеваемости и смертности, а значит, нуждаются в большей по объему медицинской и профилактической помощи. Но в реальной жизни они менее других могут рассчитывать на высокий уровень обслуживания.

В сложившейся ситуации представляется целесообразным и необходимым переход от административной, профессиональной, индустриальной модели управления качеством к гуманитарной, основанной на соблюдении принципов равенства и справедливости, развитии представлений о ментальном здоровье и переходе к всеобщей системе укрепления здоровья и диспансеризации населения, ориентированной на человека, а не на болезнь.

Динамика частоты дефектов КМП с ПД ≥ 0,04, оказываемой детскому населению в поликлиниках Челябинской области



Динамика частоты дефектов КМП с ПД ≥ 0,04, оказываемой участковыми врачами-терапевтами в поликлиниках Челябинской области

