

УДК 614

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ УПРАВЛЯЕМЫХ ПРИЧИН

© А.В. Чернышев

Ключевые слова: смертность населения; государственные целевые программы; здравоохранение.

Приводится анализ управляемых причин смертности населения и предлагаются направления улучшения деятельности системы в рамках целевых государственных программ по профилактике и снижению показателей смертности. Предложены мероприятия по снижению смертности от туберкулеза, дорожно-транспортных происшествий, онкологических заболеваний, инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения.

Четыре условия, необходимые для развития современной медицины, – технология, благосостояние, низкая смертность, организованное финансирование – действуют параллельно и усиливают действие друг друга [1]. Смертность населения лишь отчасти зависит от состояния системы здравоохранения. Таким образом, высокий уровень смертности населения России, в особенности же от управляемых причин, является глобальной проблемой, тормозящей как реформы здравоохранения, так и социально-экономическое развитие страны в целом.

На государственном уровне проблема смертности населения признана одной из важнейших проблем развития страны [2]. Это нашло отражение в некоторых государственных законодательных актах и программах. В частности, Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» утверждает критерии доступности и качества медицинской помощи, среди которых:

- смертность населения (число умерших на 1000 человек населения);
- смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);
- смертность населения от новообразований, в т. ч. от злокачественных (число умерших от новообразований, в т. ч. от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);
- смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-

транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);

- смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);
- смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
- смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
- материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);
- младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);
- смертность детей в возрасте 0–14 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста).

В рамках Национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения были запланированы и реализуются мероприятия, прямо или косвенно влияющие на показатель смертности населения, улучшающие условия оказания медицинской помощи, ее качество и доступность, что в итоге также отражается на показателях смертности от некоторых причин.

Основные мероприятия, внесенные в государственные федеральные программы (НП «Здоровье» и Программа модернизации здравоохранения), направленные на снижение смертности, представлены на рис. 1.

Наиболее значимые причины смертности в регионах России и наиболее вероятные причины роста указанных показателей смертности могут быть классифицированы следующим образом [3].



Рис. 1. Основные направления государственных программ по снижению смертности от управляемых причин

Дорожно-транспортные происшествия. Число погибших в результате дорожно-транспортных происшествий в субъекте Российской Федерации: динамика показателя может указывать на системную ситуацию в регионе, включающую комплекс различных причин, в т. ч. медицинскую составляющую, состоящую из организации оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП (время доезда автомобилей скорой помощи до места аварии, оказания помощи на месте, на этапе эвакуации, в специализированном отделении). Возможно, в регионе необходимо более эффективное межведомственное взаимодействие для коррекции данного показателя. Число погибших в результате дорожно-транспортных происшествий на федеральной трассе, вдоль которой реализуются Мероприятия, может свидетельствовать о неэффективной реализации Мероприятий, нерациональном расположении травмоцентров.

Число погибших на месте в результате дорожно-транспортных происшествий на федеральной автомобильной дороге, вдоль которой реализуются Мероприятия, как правило, говорит о немедицинских факторах.

Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, умерших во время перевозки (транспортировки) бригадами скорой медицинской помощи, в субъекте Российской Федерации может отражать как немедицинские факторы (тяжесть состояния пациента), качество дорожного покрытия, так и длительное плечо транспортировки, а также нехватку автомобилей скорой медицинской помощи и недостаток врачебных бригад.

Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, умерших в учреждениях здравоохранения, может свидетельствовать о неготовности медицинской организации к оказанию медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи или невыполнении стандарта оказания медицинской помощи, недостаточном количестве (отсутствии) необходимого медицинского оборудования, недостатке и отсутствии квалифицированного медицинского персонала, недостаточной коечной мощности учреждения, о длительном плече транспортировки.

Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, умерших в травмоцентре 1 и 2 уровня, может говорить о неготовности медицинской организации к оказанию медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи или невыполнении стандарта оказания медицинской помощи, недостаточном количестве (отсутствии) необходимого медицинского оборудования, недостатке и отсутствии квалифицированного медицинского персонала, недостаточной коечной мощности учреждения. Возможно, нарушена этапность оказания медицинской помощи.

Число пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях, умерших в травмоцентре 3 уровня — плечо транспортировки, может свидетельствовать о неготовности медицинской организации к оказанию медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи или невыполнении стандарта оказания медицинской помощи, недостаточном количестве (отсутствии) необходимого медицинского оборудования, недостатке и отсутствии квалифицированного медицинского персонала, недостаточной коечной мощности учреждения. Возможно, нарушена этапность оказания медицинской помощи, длительное вре-

мя доезда бригады скорой медицинской помощи до травмоцентра 3 уровня.

Сосудистые заболевания. Число умерших, больных острым коронарным синдромом (ОКС): динамика показателя свидетельствует, с одной стороны, о тяжести поражения и сроках обращения пациентов за медицинской помощью, а с другой стороны, об организации системы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудистой системы.

Число больных острым инфарктом миокарда (ОИМ), первичная госпитализация которых осуществлена в БИТ (блок интенсивной терапии): данный показатель должен быть максимально высоким, поскольку организация оказания помощи в БИТ наиболее соответствует выполнению стандартов оказания неотложной помощи при сосудистой патологии.

Число случаев проведенной тромболизисной терапии (ТЛТ) больным, поступившим в отделение: динамика показателя может коррелировать с динамикой показателя летальности от сосудистых заболеваний, однако в медицинской организации могут применяться методы эндоваскулярной хирургии, рост их применения может привести к снижению ТЛТ. Возможно, низкий показатель будет свидетельствовать об отсутствии условий или средств для проведения необходимых медицинских манипуляций, о несоответствии Порядкам оказания медицинской помощи.

Число умерших больных с ОНМК, находившихся на лечении в отделении: динамика показателя свидетельствует о тяжести заболевания умерших больных, возможно позднем обращении и сроках доставки пациентов для оказания специализированной медицинской помощи. Низкий показатель может свидетельствовать об отсутствии условий или средств для проведения необходимых медицинских манипуляций, о несоответствии Порядкам оказания медицинской помощи.

Число госпитализированных больных с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК): показатель, который должен приближаться к 100 %, исключение могут составлять пациенты, имеющие противопоказания для госпитализации. Низкий показатель может свидетельствовать о недостатке в организации транспортировки данных пациентов, отсутствии или недостатке специализированных бригад.

Число больных с ишемическим инсультом, которым проводился системный тромболизис: динамика показателя может коррелировать с динамикой показателя летальности от сосудистых заболеваний головного мозга. Метод противопоказан при установленном диагнозе геморрагического инсульта. Низкий показатель может свидетельствовать об отсутствии условий или средств для проведения необходимых медицинских манипуляций.

Онкологические заболевания. Число умерших больных от злокачественных новообразований (ЗНО): отрицательная динамика (рост) показателя свидетельствует о неблагоприятной ситуации в части организации профилактики и раннего выявления ЗНО.

Число впервые зарегистрированных больных с запущенными формами ЗНО III, IV стадии: отрицательная динамика показателя свидетельствует о неблагоприятной ситуации в части организации профилактики и раннего выявления ЗНО ведет к ухудшению прогноза по 5-летней выживаемости пациентов, росту смертности от ЗНО. Может говорить о недостатках работы первичного звена в части выявляемости, отсутствии

онкологической настороженности у врачей и пациентов, недостаточной профессиональной подготовке врачей и недостатке необходимого оборудования.

За отчетный период число пациентов, направленных в региональный или окружной онкологический диспансер (РОД/ООД) для уточнения диагноза: положительная динамика (снижение) показателя косвенно свидетельствует об улучшении выявления ЗНО врачами первичной сети, о настороженности специалистов в отношении ЗНО.

За отчетный период число больных с подтвержденным в РОД или ООД диагнозом: характер изменений показателя в целом свидетельствует о тенденциях заболеваемости ЗНО, учитывается при планировании мероприятий по раннему выявлению ЗНО и их снижению. Снижение данного показателя может свидетельствовать о недостаточной профессиональной подготовке врачей, направляющих пациентов в региональный или окружной онкологический диспансер для уточнения диагноза.

Туберкулез. Показатель охвата населения осмотрами на туберкулез свидетельствует об организации раннего выявления заболевания в регионе. Недостаточные показатели охвата населения осмотрами на туберкулез ведут к утяжелению структуры заболеваемости и росту запущенных форм [4].

Охват детей осмотрами на туберкулез должен быть близок к 100 % (исключения составляют отводы по медицинским показаниям).

Заболеваемость туберкулезом (число случаев на 100 тыс. населения) является одним из основных показателей эпидемиологической ситуации в регионе. Характер динамики показателя свидетельствует о качестве профилактики и раннего выявления заболевания в регионе.

Активное выявление туберкулеза у населения (по инициативе медицинских работников): снижение показателя или его стабильно низкий уровень свидетельствуют об отсутствии или низкой эффективности системных мероприятий по раннему выявлению туберкулеза в регионе.

Доля впервые выявленных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом: относится к неблагоприятным показателям структуры заболеваемости туберкулезом (запущенным формам) и свидетельствует о недостаточной работе по раннему выявлению туберкулеза со стороны компетентных органов.

Случаи туберкулезного менингита также относятся к неблагоприятным показателям структуры заболеваемости туберкулезом, возникают чаще у лиц со значительным иммунодефицитом. Случаи менингита у детей возникают в очагах туберкулезной инфекции при нарушении выполнения противоэпидемических мероприятий в очагах.

Бактериоскопическое подтверждение диагноза является одним из основных методов установления диагноза туберкулеза. Устанавливается только при бактериовыделении и распаде легочной ткани, поэтому не может относиться к методам раннего выявления туберкулеза.

Пациенты, прибывающие из учреждений ФСИН, относятся к наиболее опасной в эпидемиологическом и социальном плане категории больных туберкулезом. Среди них наибольшая доля пациентов, больных активным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.

Показатель госпитализации впервые выявленных больных должен приближаться к 100 %, поскольку это наиболее надежный метод проведения контролируемого лечения.

Смертность от туберкулеза: динамика показателя свидетельствует о тенденциях эпидемиологической обстановки в регионе, его рост свидетельствует о неблагоприятной структуре заболеваемости, высокой доли запущенных форм заболевания, что может свидетельствовать об отсутствии или низкой эффективности системных мероприятий в регионе по данному направлению.

Доля диагностированных посмертно: показатель, который в идеале должен быть равен нулю. Его значения свидетельствуют о наличии в регионе пациентов, у которых при жизни диагноз туберкулеза не был диагностирован.

Обеспеченность препаратами первого ряда и препаратами второго ряда: показатель, который должен быть равен 100 %. Недостаточная обеспеченность противотуберкулезными препаратами ведет к нарушению схем лечения, снижению эффективности от лечения, развитию лекарственной устойчивости.

Отрыв пациентов от лечения туберкулеза – комплексная медико-социальная проблема, зависит не только от организации лечения заболевания туберкулезом в лечебных учреждениях, но и от социального статуса пациентов, работы социальных служб. Высокий показатель «отрывов» ведет к снижению эффективности лечения, ухудшению эпидемиологической ситуации в регионе. Возможно, в регионе необходимо более эффективное межведомственное взаимодействие (в т. ч. с социальными службами) для коррекции данного показателя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гетцен Т.Э. Экономика здравоохранения: основы и движение средств. Филадельфия: Университет Темпл, 2004. 466 с.
2. Чернышев А.В. Анализ современного состояния и пространственных различий ресурсного обеспечения и показателей функционирования системы здравоохранения в ЦФО // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. Тамбов, 2013. Т. 18. Вып. 1. С. 313-318.
3. Силадий И.Р., Какорина Е.П. Оказание медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях детскому населению Московской области // Актуальные вопросы организации здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. Р.А. Хальфина. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. С. 158-161.
4. Туктарова Л.М., Какорина Е.П. Современные тенденции заболеваемости и смертности населения от туберкулеза в Москве // Актуальные вопросы организации здравоохранения: сб. науч. тр. / под ред. Р.А. Хальфина. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. С. 154-157.

Поступила в редакцию 19 июня 2013 г.

Chernyshev A.V. WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF FEDERAL GOVERNMENT PROGRAMS IN REDUCING MORTALITY FROM CONTROLLABLE CAUSES

The article is an analysis of controllable causes of mortality and suggests directions for improving the system performance under the state programs for the prevention and reduction in mortality. The measures to reduce mortality from tuberculosis, traffic accidents, cancer, acute myocardial infarction and cerebral-vascular events are offered.

Key words: mortality of population; national target programs; health.