УДК 614

РИСК-МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Жаксылыков Ардак Егизбаевич
Жакупова Гулнар Зарлыкановна

магистранты

Научный руководитель: **Калинина Екатерина Алексеевна**

к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет»

Аннотация: Риск-менеджмент здравоохранения, как и система здравоохранения, является интегрированным в рыночную экономику с общими целями, однако риск-менеджмент здравоохранения выходит за рамки менеджмента здравоохранения.

Ключевые слова: Менеджмент риска, ВОЗ, МОТ, здравоохранение, пандемия, эпидемиология, эпидемический процесс.

RISK MANAGEMENT OF HEALTHCARE

Zhaxylykov Ardak Egizbaevich
Zhakupova Gulnar Zarlykanovna
Kalinina Ekaterina Alekseevna

Abstract: Healthcare risk management, like the healthcare system, is integrated into the market economy with common goals, but healthcare risk management goes beyond healthcare management.

Key words: Risk management, WHO, ILO, health, pandemic, epidemiology, epidemic process.

Условия пандемии COVID – 19 с её тенденцией и темпами изменчивости приводят к пересмотру и адекватному изменению основных принципов стратегии деятельности санитарно-эпидемиологического надзора и здравоохранения в целом [1, с. 201]. При этом в процессе развития и эволюции системы здравоохранения происходит осознание объективных социально-экологических законов эпидемиологии [1, с. 33]. На современном

этапе развития эпидемиологической науки предметом изучения является эпидемический процесс, как социально-экологическое проявление любого патологического состояния в популяции людей, а также состояние здоровья в популяции людей как невозможность появления и распространения патологического состояния [2, с. 17]. И оперативное принятие адекватных управленческих решений является обязательным условием системы здравоохранения. Однако сложность в принятии оперативных и адекватных решений связана с интеграцией системы здравоохранения в политическое государственное управление, в рыночные механизмы экономики, в медицинские и другие сопряженные наукоёмкие отрасли. Данная тенденция была отмечена в специальном выпуске репортажа Майкла Думиака «по столкновению с большими проблемами при пересмотре ВОЗ руководства для стран в подготовке к будущей пандемии гриппа» [3]. Отмечается отсутствие координирующей системы, регулирующей межотраслевые коммуникации министерств и ведомств, от управленческих решений которых прямо или косвенно зависит дальнейшее развитие и потенциал системы здравоохранения стран. В современных условиях пандемии COVID – 19 для решения данной проблемы были созданы региональные и национальные оперативные межведомственные координирующие органы в виде штаба. В данном контексте возросла актуальность применения в национальных системах здравоохранения рекомендуемого международного стандарта ISO 31000 «Менеджмент риска — Руководство» [4]. Назрела необходимость разработки унифицированного руководства риск менеджмента здравоохранения ввиду интеграции в процесс глобализации и развития мегаобщества.

Система здравоохранения представляет собой открытую сложноорганизованную межведомственную систему менеджмента охраны общественного здоровья. На данном этапе эволюции системы здравоохранения применяется классический линейный способ управления сложноорганизованной системой, соответствующей схеме изображенной на рисунке 1.

Рис. 1. Схема линейного управления

Мир жестко связан причинно-следственными связями. Причем причинные цепи имеют линейный характер, а следствие, если не тождественно причине, то, по крайней мере, пропорционально ей. По причинным цепям ход развития может быть просчитан неограниченно в прошлое и будущее. Развитие ретросказуемо и предсказуемо. Настоящее определяется прошлым, а будущее - настоящим и прошлым [5, с. 7].

Открытая сложноорганизованная межведомственная система менеджмента охраны общественного здоровья в государстве берет начало в создании минимальных социальных условий и экономических гарантий для возможности поддержания здорового образа жизни индивида и его семьи, что является обязательным минимальным условием благосостояния общества с устойчивым социально-экономическим развитием страны в целом. Эта концепция, минимальных социальных условий, была признана государствами, подписавшими 30 лет назад Алма-Атинскую концептуальную декларацию «Здоровье для всех» направленную на улучшение качества жизни и укрепление мира и стабильности во всем мире.

Финансирование здравоохранения – важная часть управления рисками здравоохранения, позволяющая достигать поставленных целей по охране здоровья для обеспечения экономических гарантий и социальной защищенности населения стран. ВОЗ совместно с Международной организацией труда (далее МОТ) являются ведущими агентствами по реализации инициативы ООН по оказанию помощи странам в выработке всеобщего минимума социального обеспечения, включающего в себя как защиту от финансовых рисков и более широкие аспекты проблемы денежных компенсаций, так и социальной поддержки в случае заболевания. В докладе ВОЗ 2010 года «Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» [6] обосновывается необходимость всеобщего охвата медико-санитарной помощью широких слоёв общества в особенности социально-уязвимой части населения, таких как малоимущие, неимущие безработные и многодетные. В рыночных отношениях национальные системы здравоохранения, в соответствии с программой ВОЗ, обязаны обеспечить равную доступность к средствам и возможностям для поддержания, сохранения и восстановления индивидуального и общественного здоровья с одной стороны и рационального подхода в использовании ресурсов с другой стороны. В докладе о состоянии здравоохранения в мире [6] приведены экспертные

оценки ВОЗ, согласно которым доля неэффективных расходов на здравоохранение в мире составляет от 20 до 40%.

В Таблице 1 представленные данные доклада ВОЗ по оценке эффективности здравоохранения, отражающиеся на продолжительности жизни населения в зависимости от подушевых расходов и совокупных расходов от ВВП.

Таблица 1

**Данные продолжительности жизни населения в зависимости
от подушевых расходов и совокупных расходов от ВВП**

Страны	Продолжительность жизни	Совокупные расходы на здравоохранение, % от ВВП	Подушевые расходы на здравоохранение, тыс. \$
Германия	80,7	11,7	4,875
Великобритания	80,8	9,4	3,609
США	78,6	17,2	8,608
Франция	81,7	12,5	4,952
Канада	80,9	10,8	5,630

[National health workforce accounts: a handbook]

Как видно из представленных данных Таблицы 1, подушевой расход и доля от ВВП не имеют прямого влияния на продолжительность жизни. Большую степень влияния оказывает эффективность использования финансируемых средств в системе здравоохранения, отражающаяся на повышении продолжительности жизни, и зависит от направленности на виды деятельности по охране здоровья.

Есть много путей улучшения и поддержания здоровья, причём некоторые из них находятся за пределами сектора здравоохранения. «Условия, в которых люди растут, живут, работают и стареют» оказывают сильнейшее влияние на то, как они живут и умирают. Образование, жилье, пища и занятость – все это влияет на здоровье. Устранение неравенства в этих сферах устранил неравенство в отношении здоровья [7].

В опубликованном в мае 2021 года глобальном докладе о мониторинге ВОЗ и МОТ представлена проведенная ими глобальная сравнительная оценка рисков в структуре бремени производственно обусловленных болезней. Это наиболее комплексное исследование ВОЗ по вопросу о бремени болезней, связанных с трудовой деятельностью, и первая экспертная оценка такого рода, проведенная совместно с МОТ [8]. Таким образом ВОЗ и МОТ в своей практической деятельности используют рекомендуемый стандарт ISO 31000

«Менеджмент риска — Руководство» в системе здравоохранения и охраны труда.

Для достижения поставленных целей риск-менеджмента здравоохранения, таких как снижение времени и уровня заболеваемости с ВУТ, увеличение продолжительности жизни, важно оперативно и адекватно воздействовать на идентифицированные риски с целью приведения их до оптимальных или снижения до допустимых уровней. Идентификация риска, влияющего на здоровье населения, с эпидемиологической точки зрения условно можно представить в виде рисунка 2.

Рис. 2. Идентификация рисков здоровью населения

Факторы риска формирования общественного здоровья (по данным ВОЗ) [9, с. 19] представлены в таблице 2.

Таблица 2

Факторы риска, формирующие здоровье (ВОЗ)

Группы фактора риска	Примерный вклад (удельный вес) группы в общую заболеваемость, %	Некоторые составляющие данной группы
Образ жизни	49-53	Курение, употребление табака. Несбалансированное питание. Употребление алкоголя. Вредные условия труда. Стрессовые ситуации. Адинамия, гиподинамия. Плохие материально-бытовые условия. Потребление наркотиков, злоупотребления лекарствами. Непрочность семей. Одиночество. Низкий образовательный и культурный уровень. Чрезмерно высокий уровень урбанизации.

Продолжение таблицы 2

Внешняя среда, природно-климатические условия	17-20	Загрязнения воздуха, воды и почвы канцерогенами и другими веществами. Резкие смены атмосферных явлений. Повышение гелиокосмических, магнитных и других излучений.
Генетика, биология человека	18-22	Предрасположенность к наследственным болезням. Предрасположенность к дегенеративным болезням.
Здравоохранение	8-10	Неэффективность профилактических мероприятий. Низкое качество медицинской помощи. Несвоевременность медицинской помощи.

Как видно из таблицы 2, большой процент факторов, формирующих общественное здоровье населения, приходится на образ жизни, являющийся показателем поведенческого фактора населения.

В условиях национальных систем здравоохранения риск менеджмент применяется на уровнях медицинских организаций при определенных процессах деятельности по охране здоровья персонала и пациентов с целью улучшения статистических показателей общественного здоровья и качества оказываемых медицинских услуг. В области применения стандарта ISO 31000 «Менеджмент риска - Руководство», предполагает принципы, структуру и процесс риск менеджмента, включающий взаимодействие с заинтересованными сторонами, рассматривает факторы внешней и внутренней среды, включая поведенческие и культурные факторы. В соответствии со стандартом ISO 31000 заинтересованные стороны в достижении целей здравоохранения можно изобразить схематично в виде рисунка 3, отображающем степень заинтересованности, ответственности и взаимозависимости.

Рис. 3. Заинтересованные стороны в достижении целей здравоохранения

Государство в лице руководителей аппарата управления является власть имущим и основным регламентирующим органом заинтересованным и ответственным в достижении целей здравоохранения. Символичное изображение отображает вовлеченность и соучастие в достижении общей цели.

Вывод: Риск-менеджмент в национальных системах здравоохранения с целью управления идентифицированными рисками в достижении санитарно-эпидемиологического благополучия населения требует оперативных и адекватных превентивных мер воздействия.

Список литературы

1. Глобальная эпидемиология. Практическая Медицина 2008. - 447 с.
2. Эпидемиология. Учебник – СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2005.- 752 с.
3. <http://www.who.int/bookorders> Бюллетень ВОЗ.
4. Международный стандарт ИСО 31000 – 2018 Менеджмент риска – Руководство.

5. Е.Н. Князева, С.П. Курдюмов К53 Законы эволюции и самоорганизации сложных систем. — М.: Наука, 1994. — 236 с.

6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире: Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.un.org/ru/development/surveys/docs/whr2010.pdf>.

7. <http://www.who.int/bookorders> Бюллетень ВОЗ.

8. По данным ВОЗ и МОТ, производственные факторы ежегодно уносят жизни двух миллионов человек (who.int).

9. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины : руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 496 с.