

УДК 614.3 (47 + 57)

О МЕДИЦИНСКОЙ СТРАТЕГИИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Б.Т. Величковский

Российский государственный медицинский университет, г.Москва

В отношении охраны здоровья медицинская стратегия в этом веке в развитых странах изменялась трижды. До 60-х годов ее основой была борьба с эпидемическими инфекционными заболеваниями. Хлорирование воды, массовая специфическая вакцинация, применение антибиотиков привели к тому, что все инфекционные заболевания, кроме гриппа, стали спорадическими, а оспа была полностью ликвидирована на всем земном шаре. В этот период профилактические усилия шли впереди лечебных.

Благодаря успешной борьбе с эпидемической инфекцией в 60-е годы в развитых странах изменился профиль заболеваемости и смертности населения. Сердечно-сосудистые, онкологические, легочные заболевания, сахарный диабет и другие формы хронической неинфекционной патологии прочно заняли ведущее место среди причин смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. И хотя СПИД, гепатит В, грипп, а в последние годы и туберкулез напоминают о необходимости продолжения усилий по борьбе с инфекцией, основой медицинской стратегии в этот период справедливо стала борьба с хроническими заболеваниями неинфекционной природы. На этом пути были достигнуты существенные успехи. Так, в США за 10 лет (1968-1978 г.г.) смертность населения от всех причин снизилась на 22%, а от сердечных заболеваний - на 23%.

В наши дни в развитых странах происходит новый поворот в медицинской стратегии. Объектом внимания учреждений здравоохранения признается не только больной или человек из группы риска. Главной заботой становится рождение здорового ребенка, здорового поколения. Благодаря профилактике врожденной и наследственной патологии, медико-генетической консультации населения, эффективным методом дородовой диагностики, а также массовому скринингу новорожденных по выявлению наследственных болезней обмена в развитых странах удалось снизить число детей, рожденных с врожденными пороками, хромосомными болезнями, умственной отсталостью, уменьшить число детей - инвалидов с детства и получить ощутимый медицинский и социальный эффект.

Наша страна следовала общей медицинской стратегии только до начала 60-х годов. К этому времени СССР вошел в число трех десятков государств с наиболее низкой смертностью. Однако поворот медицинской стратегии к профилактике и лечению хронической инфекционной патологии уже не был реализован должным образом. Для успешного лечения хронических заболеваний потребовались целевые инвестиции в здравоохранение. Одним из главных критериев состояния здравоохранения развитых стран стала фондовооруженность больничной койки. Остаточный принцип финансирования советского здравоохранения не позволил оснастить больницы и поликлиники современным медицинским диагностическим и лечебным оборудованием. Но это не единственная и, может быть, даже не главная причина отставания. Профилактическая медицина - как научная, так и практическая - в этот период не заняла позицию, отвечающую главной потребности развития здравоохранения. Она углубилась в гигиеническое нормирование факторов окружающей среды, не уделив

приоритетного внимания проблеме предотвращения хронической неинфекционной патологии. Оптимальный способ профилактики хронических неинфекционных заболеваний - здоровый образ жизни - так и остался чуждым нашему населению. Этому способствовала политика государства, ставившая на первое место общественные интересы, а личные, включая личное здоровье, отодвигавшая на задний план. Всё это обусловило отставание показателей общественного здоровья от развитых стран ещё до начала социальных катаклизмов, вызванных переходом страны на рыночную экономику.

Однако особенно неблагоприятные изменения произошли в последние годы. На это прежде всего указывает резкое сокращение средней продолжительности жизни. В отличие от показателей смертности, средняя продолжительность жизни не зависит от различий в возрастном составе населения и поэтому этот показатель наиболее пригоден для сравнения состояния общественного здоровья в различные периоды времени и в разных странах (табл. 1).

На сегодняшний день средняя продолжительность жизни в России значительно меньше, чем в развитых странах, где преодолен 70-летний рубеж для мужчин. В 1994 г. средняя продолжительность жизни российских мужчин составляла 57,4 года, т.е. не достигла пенсионного возраста - 60 лет.

Смертность детей до 1 года также значительно выше, чем в развитых странах. В США и Франции она снизилась до 7,0, в Японии - до 5,5.

Высокий уровень младенческой смертности указывает на серьезное неблагополучие в охране здоровья. Но этот показатель хотя и медленно, но снижается и не может быть причиной существенного сокращения средней продолжительности жизни в стране.

Основная причина сокращения средней продолжительности жизни россиян заключается в высокой смертности

населения трудоспособного возраста, особенно выросшей в первые годы переходного периода. Темпы роста смертности в трудоспособном возрасте опережают таковые у населения в целом. Смертность населения в России с 1990 по 1994г. увеличилась на 40,2%, а трудового населения - на 72,2%. Чем это обусловлено? Для ответа следует ознакомиться со структурой смертности населения трудоспособного возраста (табл. 2).

В первые годы переходного периода (1991-1994 г.г.) смертность по основным классам болезней увеличилась в 1,7-2,3 раза. Только по новообразованиям она оставалась практически на том же уровне. Вместе с тем известно, что до 90% всех заболеваний раком обусловлено действием окружающей среды. Не снижая значения долговременного влияния экологии, следует признать, что в эти годы факторы окружающей среды не сыграли ведущей роли в ухудшении здоровья населения трудоспособного возраста, как и обнищание населения. Если бы указанная причина оказалась ведущей, подъем смертности в первую очередь затронул бы самые уязвимые группы населения - детей и престарелых - и темпы роста смертности населения были бы выше, чем лиц трудоспособного возраста. На трудоспособных мужчин и женщин легла главная ответственность и тяжесть приспособления к новой жизни. Адаптация трудоспособных россиян к непривычным экономическим и социальным условиям, разведявшим в прах прежнюю уверенность в завтрашнем дне, обусловила развитие синдрома длительного психологического стресса, повлекшего за собой рост смертности именно дееспособной части населения. При этом свою зловещую роль сыграло злоупотребление алкоголем и его суррогатами. На это указывает высокий удельный вес в смертности трудоспособного населения несчастных случаев, отравлений, травм и причин насильственного характера - 39,15 при удельном весе смертности от болезней сердечно

Изменение показателей здоровья населения России

Годы	Ожидаемая продолжительность жизни (лет)		Младенческая смертность (число умерших до 1 года на 1 тыс. родившихся)
	Мужчин	Женщин	
1964	66,1	73,7	30,3
1980	61,5	73,0	22,1
1994	57,4	71,0	18,6
1997	61,0	73,1	17,0

Таблица 2

Смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших на 100 тыс. человек)

Причины	Годы		Темпы прироста (1994 г. в % к 1991 г.)
	1991	1994	
Болезни сердечно-сосудистой системы	139	245	176,3
Несчастные случаи, отравления, травмы, насильственные причины	183	329	179,8
Злокачественные новообразования	103	105	1,9
болезни органов дыхания	18	41	227,8
От всех причин	502	841	167,5

сосудистой системы 29,1%. В значимости алкогольного фактора убеждает и прямой эксперимент, пережитый населением нашей страны. В 1968 году в результате антиалкогольной компании уменьшилась как общая смертность трудоспособного населения на 21%, так и особенно смертность от несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных причин - на 36%. Эффект борьбы с пьянством был острым и выраженным, но ограниченным во времени.

Смертность мужчин в трудоспособном возрасте в 4,6 раза выше, чем женщин, в том числе от несчастных случаев, отравлений, травм и насильственных причин - в 5,6 раза. Однако и для здоровья женщин трудоспособного возраста в России имеется своя "ахиллесова пята". В 1996 г. у нас все еще производилось примерно 200 аборт на 100 родов, в то же время как в европейских странах - не более 30.

Сегодня наши действия в области охраны здоровья населения чрезвычайно ограничены низкими экономическими возможностями. Экономия на здравоохранении, его бедность - тяжелое наследие, доставшееся России от бывшего

СССР. К несчастью, подобный подход прочно сохраняется и сейчас. Россия остается страной, тратящей на здравоохранение едва ли не самую малую долю своего валового внутреннего продукта (ВВП) по сравнению с другими промышленными странами. К тому же и ВВП в настоящее время у нас не слишком велик. Поэтому успеха в охране здоровья населения можно достичь лишь в том случае, если имеющиеся ограниченные ресурсы и организационные возможности будут сконцентрированы на главных приоритетах. В конечном итоге нам неизбежно предстоит пройти все те этапы развития медицины и здравоохранения, которые направлены на профилактику и лечение хронических неинфекционных заболеваний, врожденной и наследственной патологии. При этом нельзя ослаблять внимания и к неинфекционным болезням, особенно туберкулезу, уже растущему на почве нашего социального неблагополучия, а также болезням, передающимся половым путем: СПИДу, гепатиту В, венерическим болезням, учитывая быстро меняющуюся во всем мире половую мораль.

Но тактика наших действий при этом может быть различной.

Как медицинская, так и государственная политика, ориентированная в будущее, может быть только профилактической, ибо легче воспрепятствовать возникновению зла, чем устранять его последствия. Такая политика сочетает в себе рентабельность и гуманность. Дешевле и гуманнее:

- сохранять здоровье, чем бороться с болезнями;
- предотвращать несчастные случаи, чем ликвидировать их последствия;
- вооружить население необходимой информацией и материальными средствами для свободного и сознательного выбора времени рождения ребенка, чем восполнять потери от рождения нежелательных детей (беспризорность, детские приюты и др.);
- обеспечить экономические возможности для воспитания гражданина в семье, чем финансировать возмещение ущерба, возникающего от недостатка заботы (колонию, тюрьмы и т.д.).

Здоровье - важнейший элемент национального богатства и необходимое условие процветания любой нации, поэтому принципиальное значение имеет вопрос о том, кто несет ответственность за здоровье народа?

Длительное время у нас эта ответственность была возложена на органы здравоохранения, о работе которых судили по уровню рождаемости, общей и детской смертности, физического развития детей, заболеваемости населения и средней продолжительности предстоящей жизни. Однако при таком подходе перед здравоохранением ставятся заведомо неразрешимые задачи. Здоровье населения зависит от социального и экономического благополучия, равных возможностей занятости, размеров личных доходов. Важнейшую роль играют нравственный и здоровый образ жизни, сбалансированное и адекватное питание, характер и условия труда и техника безопасности, состояние окружающей и природной среды, планирование семьи, наследственность, а также

организация эффективной медицинской помощи населению. Большинство этих факторов не поддаются управлению и контролю со стороны органов и учреждений здравоохранения. Медицина не может нести ответственность за события, лежащие за пределами ее непосредственного влияния.

Поскольку здоровье, выступает обязательным элементом развития производительных сил общества, а факторы, определяющие здоровье имеют разноплановый, межведомственный характер, то ответственность за состояние здоровья населения, как и за жизнь любого члена общества, несет прежде всего государство в лице его законодательной, исполнительной и судебной власти. За медициной сохраняются координирующая роль, мониторинг здоровья населения, анализ зависимости его уровня от образа жизни, социальных, техногенных и природных условий и, главное, ответственность за санитарно-эпидемиологическое благополучие и качество оказания медицинской помощи.

Среди многочисленных профилактических усилий государства и общества свое место занимает и организация периодических медицинских осмотров лиц из групп повышенного риска развития различной патологии. В условиях перехода к рыночной экономике теория и практика их проведения должны претерпеть существенные изменения. Канула в вечность "ежегодная всеобщая диспансеризация населения". Она, как и вся наша плановая экономика, носила ярко выраженный характер, поглощала непомерные по сравнению с полезной отдачей материальные и кадровые ресурсы и практически не повлияла на показатели общественного здоровья. Осуществление подобной диспансеризации невозможно при любой форме разумно организованной экономики. Профилактические осмотры должны быть очень четко дифференцированы по целям, контингентам, срокам проведения, перечню участвующих медицинских спе-

циальностей, объему диагностических процедур, а также стоимости и источникам финансирования. В недалеком прошлом в этом отношении имели место многочисленные излишества. Так, среди горнорабочих угольной промышленности с впервые установленным диагнозом пылевого заболевания свыше 90% составляют шахтеры и только 2% - рабочие разрезов. Это указывает на более благоприятные условия труда при открытом способе добычи угля. В самих угольных шахтах почти 90% образующейся пыли приходится на очистные забои, проходческие работы дают еще 8%, а все остальные выработки - около 3%, что также отражает различную степень опасности развития профессиональной патологии органов дыхания. Но действующие официальные документы по организации и проведению периодических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных условиях труда, предусматривают во всех этих случаях одинаковую периодичность проведения медосмотров - 1 раз в год через 3 года после начала работы и одинаковый перечень диагностических процедур. Необходима разработка отраслевых рекомендаций по организации и проведению предварительных и периодических медицинских осмотров в конкретных производствах дифференцированно по конкретным профессиям. Только при этих условиях подобные профилактические осмотры станут достаточно эффективными и экономически рентабельными.

В условиях рыночной экономики население на собственном примере убеждается в том, что без хорошего здоровья невозможно сделать карьеру, добиться высокого заработка, обеспечить семью всем необходимым. Рыночная экономика привлекает внимание человека к собственному здоровью, повышает личную ответственность за его сохранение. Но все-таки экономическое принуждение влияет на индивидуальное отношение к здоровью опосредованно. Застарелые привычки и традиции успешно противостоят моби-

лизующему влиянию рынка, особенно в России, где человек изначально не бережется. Поэтому изменять общественное и личное сознание необходимо целенаправленно, настойчиво и каждодневно. В этом отношении чрезвычайно важна активная позиция любого врача, особенно участкового терапевта и педиатра, не говоря уже о семейном враче. Но для того, чтобы врач стал центральной фигурой профилактической работы в семье, он должен быть специально подготовлен, ему необходимы четкие знания о всех факторах, негативно влияющих на здоровье. При нынешней бедности подавляющей части населения важен совет участкового или семейного врача по правильному использованию имеющихся ограниченных материальных резервов для укрепления здоровья населения, по критическому разумному восприятию агрессивной рекламы медицинских препаратов и биологически активных добавок к пище. Семейный врач должен в деталях знать, как данному конкретному больному без крупных затрат на основе доступных ему элементов здорового образа жизни укрепить здоровье или предотвратить прогрессирование болезни; именно с этой целью и в дореволюционное время для подготовки врача общей практики на медицинских факультетах Московского, Санкт-Петербургского, Киевского университетов создавались кафедры гигиены детей, гигиены питания и др. В тот период никто еще понятия не имел о санитарном враче, а гигиенические кафедры уже существовали. Профилактикой должно быть пропитано преподавание и всех клинических дисциплин.

Важнейшей, практической нетронутой целиной является совершенствование оплаты труда медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования. Врачи и медперсонал только тогда превратятся в активных сторонников реформ в здравоохранении, когда будет реализован принцип оплаты - каждому по его труду. Да и здравоохранение в целом станет испытывать потребность в

совершенствовании медицинской помощи, в освоении достижений науки только в том случае, если возникнет прямая зависимость между размером заработной платы и качеством медицинской помощи населению. Основным методом совершенствования оплаты труда медицинских работников несомненно, является хозрасчетный бригадный подряд отделения больницы или поликлиники - главной ячейки, осуществляющей лечение больного. Метод позволяет ввести прямую ответственность коллектива за результаты труда. Он доказал свою пригодность не только в промышленности, но и в здравоохранении для осуществления оплаты труда по фактическому объему и результатам работы. В ходе его реализации необходима также аттестация отделений, в основе которой должны лежать три критерия:

- ◆ перечень методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, которыми реально и каждодневно владеет отделение;
- ◆ соответствие отделения санитарным нормативам;
- ◆ соблюдение персоналом отделения медицинской деонтологии.

Аттестация отделений не подменяет личной аттестации врачей или оценки деятельности медицинского учреждения в целом, в отличие от них она является инструментом более непосредственно связанным с качеством медицинской помощи. Оценка отделений при аттестации осуществляется по следующей шкале:

- ⇒ высшая категория - отвечает мировому уровню,
- ⇒ первая категория - соответствует передовому отечественному уровню,
- ⇒ вторая категория - имеет допустимый уровень,
- ⇒ низшая категория - не отвечает необходимым требованиям и поэтому не аттестуется; существование такого отделения может быть допущено не более чем на один год, необходимый для перестройки работы.

Указанная шкала специально никак не связана с соответствием деятельности отделения медицинскому стандарту лечения, т.к. последние у нас составляются, исходя из средних возможностей и поэтому порождают уравниловку. Кроме морального удовлетворения, работа в отделении высокой (высшей и первой) категории дает материальный стимул, например, зарплата начисляется по верхнему пределу установленного диапазона, второй категории - по среднему значению вилки, низшей категории - по нижнему значению. Принципиально важно, что зарплата главных врачей также должна зависеть от наличия в медицинском учреждении отделений высшей и первой категорий.

В условиях аттестации отделений руководством здравоохранением региона при появлении нового эффективного метода диагностики или лечения получает возможность издать приказ о включении его в перечень обязательных критериев принадлежности отделений данного профиля к высшей или первой категории, установить сроки и условия его освоения. При невыполнении приказа отделение автоматически переводится в нижеследующую категорию. Таким образом возникает потребность в непрерывном совершенствовании качества медицинской помощи. Важно также, что благодаря аттестации отделений руководство здравоохранения получает постоянную информацию о качестве постановки лечебно-диагностического процесса на той или иной территории и тем самым имеет возможность более предметного приложения своих усилий по переводу управления с административных на экономические рельсы.

Борис Тихонович Величковский,
доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.