

3.7. РЕОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УЛУЧШЕНИЕ ДЕМОГРАФИИ НА ПРОСТРАНСТВЕ СОДРУЖЕСТВА

Оценивая процессы естественного прироста населения в государствах Содружества с 2000 по 2013 год, следует выделить группы стран, отличных по этому показателю. К первой группе, где за последние 13 лет отмечается устойчивый естественный прирост населения, можно отнести Азербайджан, Армению, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан. Во второй группе, в которую входят Беларусь, Молдова, Россия и Украина, этот показатель имеет преимущественно отрицательное значение (табл. № 1).

Естественный прирост населения														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Азербайджан	70293	65072	64193	64466	82041	89939	96698	98308	99376	99625	112063	122310	119452	11828
Армения	10251	8062	6675	9779	11841	11120	10437	13275	14374	16853	16904	15377	14881	14594
Беларусь	-41176	-48579	-57912	-54688	-51121	-51482	-41705	-29367	-25617	-25834	-29082	-25943	-10638	...
Казахстан	72276	73611	77790	92669	120778	121856	144546	...	203869	214772	221877	228331	238385	...
Кыргызстан	62659	65461	65777	69549	74878	72847	82171	85071	89622	99596	109949	113671	118732	120640
Молдова	-4285	-3627	-6147	-6608	-3396	-6994	-5550	-5077	-2631	-1336	-3157	-68	-125	-189
Россия	-958532	-943252	-935305	-888525	-792925	-846559	-687066	-470323	-353413	-248856	-239568	-129091	-4251	...
Таджикистан	137800	139600	145000	144800	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Туркменистан	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Узбекистан	392000	380400	...	...	...	392900	411600	463600	...	...	...	...	...	...
Украина	-372956	-369474	-364223	-356819	-334002	-355975	-297725	-290220	-240455	-194214	-200546	-161993	-142434	...

Существенное влияние на динамику демографических процессов оказывают показатели общей смертности населения (табл. № 2).

Общий коэффициент смертности населения (на 1000 населения) – всего, промилле														
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Азербайджан	5,9	5,7	5,8	6	6,1	6,3	6,2	6,3	6,2	5,9	6	5,9	6	5,8
Армения	7,5	7,5	8	8,1	8	8,2	8,5	8,3	8,5	8,5	8,6	8,6	9,1	9
Беларусь	13,5	14,1	14,8	14,5	14,3	14,5	14,2	13,7	13,8	14,2	14,4	14,3	13,4	13,2
Казахстан	10,1	10	10,1	10,4	10,1	10,4	10,3	...	9,7	9	8,9	8,7	8,5	8
Кыргызстан	6,9	6,6	7,1	7,1	6,9	7,2	7,4	7,3	7,1	6,7	6,6	6,5	6,5	6,1
Молдова	11,3	11	11,6	11,9	11,6	12,4	12	12	11,8	11,8	12,3	11	11,1	10,7
Россия	15,3	15,6	16,2	16,4	16	16,1	15,2	14,6	14,6	14,2	14,2	13,5	13,3	13
Таджикистан	4,7	5,1	4,8	5,1	4,4	4,6	4,6	4,7	4,4	4,3	4,4	4,3	4,3	...
Туркменистан	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Узбекистан	5,5	5,3	5,4	5,3	5	5,4	5,3	5,1	5,1	4,7	4,6	4,9	...	...
Украина	15,4	15,3	15,7	16	16	16,6	16,2	16,4	16,3	15,3	15,2	14,5	14,5	14,6

Следует отметить, что за последние годы произошло улучшение этого показателя в абсолютном большинстве государств СНГ. Причина негативных тенденций в состоянии здоровья населения в ряде стран заключается в ломке, а не в реформировании сложившейся в СССР системы здравоохранения, в снижении доступности для подавляющего числа граждан медицинской помощи, сокращении расходов на здравоохранение, в отсутствии должного государственного влияния на повышение мотивации к здоровому образу жизни и в ухудшении условий труда.

На протяжении последних лет более половины людей умирает от болезней системы кровообращения, 13 % – от новообразований, от причин, не связанных с заболеваемостью, умирает 10 %.

Вместе с тем в Республике Беларусь в 2012 году более 32 тыс. человек, или каждый четвертый из всех умерших, – это лица трудоспособного возраста, при этом более 80 % из них – мужчины.

Среди умерших в этом возрасте треть умирает от болезней системы кровообращения и почти столько же от внешних причин, не связанных с заболеваемостью.

Несмотря на увеличение ожидаемой в 2013 году продолжительности жизни по сравнению с 2000 годом, в большинстве стран наблюдается весомая разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами (в РБ в 2011 году она составила 12 лет). Вероятность умереть у мужчин во всех возрастах выше, чем у женщин, но особенно велика эта разница в трудоспособных возрастах.

Таким образом, мы можем констатировать, что снижение смертности населения в государствах СНГ реально улучшит демографическую ситуацию.

Общеизвестно, что показатели смертности можно существенно улучшить, используя комплексные государственные программы, которые содержат мероприятия по пропаганде здорового образа жизни (отказ от вредных привычек, физическая активность, рациональное питание и т. д.).

Уже сам факт принятия Программы и Концепции демографической безопасности следует рассматривать как серьезный шаг в решении этой проблемы. В указанных документах сформулированы цели и задачи, определены конкретные исполнители, и они носят межведомственный характер, действуют на всей территории Российской Федерации и Республики Беларусь.

Рассматривая увеличение рождаемости как один из факторов, улучшающих демографическую картину, следует отметить, что в ближайшей перспективе трудно ожидать существенного роста этого показателя, так как в период деторождения вступает поколение населения, родившегося в 90-е годы, когда рождаемость была относительно низкой.

В этом случае одним из реальных механизмов улучшения положения является снижение общего коэффициента смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

Однако вышеперечисленные государственные программы не отвечают на вопрос: «За счет чего произойдет снижение смертности?», которая в 1,6 выше, чем в старых странах ЕС.

Начиная с 1990 года прогрессивно росла заболеваемость населения в России и ее рост составил 39 %. Причем число заболеваний системы кровообращения увеличилось практически в два раза. Онкозаболевания выросли на 60 %, а наиболее инвалидизирующие заболевания костно-мышечной системы выросли практически в два раза. Однако нормативы государственных гарантий в РФ (некие гарантии государства, выраженные в финансовых нормативах и в объемах медицинской помощи, которую государство гарантирует населению бесплатно) не изменились.

Была внедрена в 1993 году страховая система оказания медицинской помощи, а существовавшая ранее советская системы здравоохранения, признанная Алма-Атинской конференцией наиболее прогрессивной, была демонтирована.



Выше представлены основные факторы, влияющие на здоровье населения.

Можно выделить три блока причин, оказывающих приличное действие на показатели здоровья. К ним мы относили:

- образ жизни;
- программы общественного здоровья;
- индивидуальные медицинские услуги.

Изменение образа жизни населения (отказ от вредных привычек, физическая активность, рациональное питание) дело длительное. Результат можно оценить спустя 10–25 лет.

Разработка и реализация программы общественного здоровья без изменений принципов и методов оказания первичной медико-санитарной помощи в перспективе не даст ожидаемого эффекта.

Речь идет о том, что какие бы ни создавались высокотехнологические центры медицинской помощи, какие бы ни внедрялись новые методы и лекарственные препараты в практику, важно, как организована медицинская помощь на первом этапе взаимодействия врач – больной.

В 2008 году в Докладе ВОЗ «Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо» определены пути, с помощью которых системы здравоохранения могут сократить ресурсы между потребностями общества и реально достигнутыми результатами. Эти пути определены в Докладе как четыре комплекса реформ.

1. Реформы, обеспечивающие всеобщий охват (доступность) в оказании медицинской помощи;

2. Реформы, предусматривающие реорганизацию служб здравоохранения в соответствии с потребностями населения и общества и способные более чутко реагировать на изменения в состоянии здоровья при одновременном достижении более высоких результатов;

3. Реформы государственной политики на национальном уровне, которые способствуют повышению уровня здоровья;

4. Реформы управления, которые призваны заменить чрезмерное использование административных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства государства – с другой, социально интегрированными, репрезентативными в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения.

Евробюро ВОЗ и Министерство здравоохранения РБ в рамках приоритета «Усиление первичной медико-санитарной помощи и наращивание кадровых ресурсов для системы здравоохранения» провели мониторинг системы первичной медицинской помощи в Минской и Витебской областях по следующим критериям: уровень доступности, скоординированности и интеграции, обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи. При оценке кадровых ресурсов было отмечено, что при общем большом количестве врачей в Беларуси – 484 на 100 000 населения (страны Евросоюза – 338) только 12,4 % врачей работают в системе ПМП (в странах Евросоюза – 33,1 %), а из общего числа врачей первичного звена только 9,9 % врачей являлись врачами общей практики (ВОП). Подготовка ВОП ведется только в двух университетах из пяти действующих.

Установлено, что оба типа врачей – ВОП и участковые терапевты – играют большую роль в решении и последующем ведении часто встречающихся заболеваний. Однако ВОП больше в сравнении с участковыми терапевтами вовлечены в выполнение медицинских процедур и оказание услуг пациентам.

Было рекомендовано:

1. Для оказания комплексной медицинской помощи необходимо усилить подготовку ВОП и ускорить внедрение модели ВОП в сельской местности.

Учебные программы в университетах должны больше уделять внимания выработке умений и навыков врачей, необходимых для оказания медицинской помощи в условиях системы первичного звена здравоохранения.

2. Внедрение принципов общей врачебной практики в подготовку участковых терапевтов будет способствовать внедрению данной модели в городских условиях.

3. Для улучшения эффективности ПМП требуется критический анализ административных требований и отчетности, расширение компьютеризации статистической отчетности, делегирование немедицинских обязанностей другим работникам здравоохранения, проведение обучения сотрудников по вопросам организации работы и рациональному использованию времени при работе в ПМП.

4. Необходимо внести коррективы в модель конечных результатов, так как показатели существующей модели лишь косвенно соотносятся с результатами деятельности врачей ПМП.

5. Для планомерного кадрового обеспечения первичной медицинской помощи необходимо создание планов подготовки кадровых ресурсов и соответствующих условий для подготовки ВОП.

6. В связи с раздробленностью услуг, оказываемых по репродуктивному здоровью, рекомендовано создать условия для командной работы на различных уровнях, что позволит обеспечить более высокий уровень интеграции данных услуг.

7. Необходимо разработать эффективную систему оплаты труда врачей ПМП с учетом определенных критериев (показателей), основанных на индивидуальных результатах и условиях работы врачей (например, финансирование оплаты за каждого закрепленного пациента ПМП).

8. Изменение в системе финансирования на уровне ПМП должно идти параллельно с пересмотром обязанностей работников системы ПМП (например, интеграция вторичной медицинской помощи по вопросам ТБ и репродуктивного здоровья).

9. Необходимо исключить перекрытие функций скорой медицинской помощи и ПМП, что потребует поэтапного внедрения новой ступенчатой схемы оказания неотложной помощи, проведения профессиональной сортировки обращений по телефону и предоставления профессионального совета/консультации при тривиальных обращениях.

10. Пациенты могут играть более активную роль в плане оказания самопомощи, основанной на современных знаниях при распространенных расстройствах и состояниях, не требующих оказания профессиональной медицинской помощи. Информирование и медико-санитарное просвещение является важным направлением такой работы, и медработники должны уделять этому разделу работы больше внимания. Все учебные программы подготовки сотрудников для системы ПМП должны включать вопросы активной коммуникации с пациентами.

11. Необходимо узаконить консультации по телефону и выделить в графике врачей первичного звена время для этой работы (консультирование после очного приема, результаты анализов, выписка повторных рецептов при распространенных хронических заболеваниях).

12. Для того чтобы разгрузить врачей первичного звена от немедицинских функций, снизить необходимость посещений на дому только для определения факта нетрудоспособности, необходимо изменить систему выдачи больничных листов и ученических справок на короткие сроки при распространенных расстройствах, не требующих оказания профессиональной медицинской помощи. Контроль за пропуском рабочих дней при коротких случаях нетрудоспособности возложить на работодателей, а за пропуском учащихся в школах – на родителей.

Данные рекомендации в некоторой степени созвучны с уже существующей политикой развития первичной медицинской помощи в Республике Беларусь.

Оценка, данная специалистами ВОЗ в области ПМП, является первым важным шагом в получении исходной достоверной информации о функционировании системы ПМП и обеспечении ее оптимальных результатов.

Предлагаемые изменения в деятельности медицинского персонала должны быть направлены на раннее выявление онкологических заболеваний и снижение потерь и осложнений от болезней системы кровообращения.

Параллельное внедрение скрининговых программ, т. е. обследование населения, которое не жалуется на свое самочувствие, в систему работы врача общей практики, наряду со своевременным выявлением и лечением предопухолевых состояний, несомненно даст положительный эффект.

Так, в Японии 90 % случаев рака желудка выявляют на I стадии развития патологического процесса, в то же время в России 90 % случаев рака желудка выявляется лишь в III степени.

Конечно, ВОП с трудом обнаружит рак в начальной стадии, но он обязан реализовывать скрининговые программы выявления онкозаболеваний на своем участке, с последующей консультацией пациентов у онколога.

В дальнейшем лечение и диспансерное наблюдение должны проводиться в онкодиспансерах и онкоцентрах по единым утвержденным протоколам.

Как было отмечено выше, одной из основных движущих сил в высоких показателях смертности населения являются потери от болезней системы кровообращения. Противодействовать эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний может правильная организация работы ВОП. Она должна быть сконцентрирована не на проценте «охвата» лиц, подлежащих диспансерному наблюдению на врачебном участке, а на изменении тактики борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В ее основу должно быть положено: раннее выявление гипертонической болезни, выявление пациентов группы риска, обратив особое внимание на лиц трудоспособного возраста, где наиболее велики потери, должен быть налажен строгий контроль за уровнем липидов крови и других важных биохимических

показателей. Поступившие пациенты должны быть обследованы на предмет сахарного диабета и других сопутствующих заболеваний, которые ведут к ранней инвалидности и усугубляют прогноз развития осложнений. При наличии 1800–2000 человек на одном врачебном участке у ВОП выполнение этих задач вполне реально.

Наряду с этими мерами необходимо внедрение в практику работы амбулаторного звена института помощника врача или увеличить число медицинских сестер в первичном звене. Параллельно следует расширить финансирование служб ПМП, оснастив их современным диагностическим оборудованием. Следует перестроить отношения в системе ВОП – узкий специалист. Направление к узким специалистам должно осуществляться только после первичного осмотра врача общей практики. Одновременно нужно решить проблему лекарственной доступности для большинства пациентов. Стратегической задачей здесь должно стать развитие отечественной фармпромышленности. А в тактическом плане возможно рассмотрение вопроса о внедрении элементов страхования на приобретаемые лекарственные препараты. Как вариант – введение специальной наценки на алкоголь, которая будет частично покрывать затраты пациентов на лекарственные средства.

Снижение потерь от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний невозможно представить без дальнейшего развития высокотехнологической специализированной помощи.

Должны приветствоваться любые мероприятия государственной власти любого уровня, направленные не только на пропаганду, а в большей степени на внедрение здорового образа жизни населения.

Реализация поставленной задачи – снижение смертности в масштабах государства, наряду с вышеперечисленными мерами, потребует и реорганизации большинства стационаров (реорганизации стационарной помощи).

Изменения на стационарном уровне оказания помощи потребуют создания новой структуры больничной помощи. На смену существующим больницам должны прийти стационары, имеющие в своем составе мощное консультативно-диагностическое отделение, в котором предполагается организовать работу врачей-специалистов. Пациент, получив направление для консультации от ВОП, поступает в консультативно-диагностическое отделение, где его осматривает профильный специалист.

После выполнения необходимых диагностических исследований принимается решение о назначении амбулаторного лечения или госпитализации в профильное отделение стационара.

В состав больничных отделений должны входить 5-6 коек интенсивного лечения. Предполагается, что такой вариант организации стационарной помощи значительно сокращает сроки пребывания больного и позволяет интенсифицировать процесс лечения. После выписки из стационара больному должны быть выданы рекомендации, которые будут реализовываться врачом общей практики.

В случае необходимости по медицинским показаниям больной может быть направлен для дальнейшего лечения в профильный специализированный медицинский центр.

Предлагаемый вариант изменений в оказании медицинской помощи населению будет способствовать улучшению конечных показателей системы здравоохранения и снижению его смертности.

Ключевым моментом преобразований является реорганизация ПМП на принципах, провозглашенных на Алма-Атинской конференции 1978 года.

Выдвинутые положения, возможно, носят дискуссионный характер, но важность проблемы побуждает искать новые подходы и решения. Вероятно, что тщательное изучение демографических процессов на пространстве Содружества потребует обсуждения этого вопроса с привлечением широкого круга специалистов и представителей органов государственной власти государств – участников СНГ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо, Женева, ВОЗ, 2008 год.
2. «Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Беларуси». Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2009 год.
3. Уроки реформ российского здравоохранения. Г. Улумбекова. Публичные лекции. Полит. ру. 2010 г.

*Зеленкевич И. Б., заместитель
начальника аналитического отдела
информационно-аналитического
департамента*