

УДК 614.2:314.172
ББК 51.4(2)я73

Я.А. Лещенко

РОЛЬ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В ОБЕСПЕЧЕНИИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА*

Освещены особенности медико-демографической ситуации в Сибири: чрезвычайно высокая смертность, низкий уровень рождаемости, убыль населения, неблагоприятные характеристики заболеваемости, особенно социально зависимой. Отмечены проблемы и недостатки отечественного здравоохранения, обуславливающие его низкую эффективность. Рассмотрены основные направления совершенствования системы охраны здоровья населения в областях: оздоровления образа жизни населения; своевременной и адекватной диагностики; качественного оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: медико-демографическая ситуация, проблемы здравоохранения, образ жизни, медицинская помощь.

Ya.A. Leshenko

ROLE OF HEALTH PROTECTION SYSTEM IN GUARANTEEING SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF SOCIETY

Features of medical and demographic situation in Siberia are covered: the extraordinary high mortality rate, the low level of birth-rate, the population decrease, the unfavourable morbidity characteristics, especially the socially-dependent one. Problems and shortages of the national public health service which stipulate its low efficiency are stated. The main directions for improvement of the health protection system in the following fields are observed: the population's life style correction; timely and adequate diagnostics; improving quality of medical care.

Keywords: medical and demographic situation, public health service problems, lifestyle, medical care.

Устойчивое развитие России и ее регионов возможно лишь при сбалансированности основных элементов социоприродной системы — экономического, продовольственного, демографического, экологического и других. Для устойчивого развития Сибири, учитывая огромные размеры ее территории, сложные природно-географические условия и очень низкую плотность населения, совершен-

* Статья подготовлена при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 08-06-00111а.

© Я.А. Лещенко, 2010

но особое значение имеют демографические факторы и состояние общественного здоровья.

По мнению многих исследователей, в 1990–2000-е гг. в связи с резким изменением социально-экономических условий жизни, в России произошел переход от более благополучной ситуации в здоровье населения к менее благополучной [5].

Особую озабоченность вызывает медико-демографическая ситуация в Сибири, причем остройшей проблемой является беспрецедентно высокий уровень смертности. С 1993 по 2008 г. значения коэффициента общей смертности по Сибирскому федеральному округу (СФО) составляли 12,9–16,5‰. Параметры воспроизводства населения крайне низки: суммарный коэффициент рождаемости с 1993 по 2008 г. изменялся в пределах 1,22–1,60.

После 1991 г. вследствие высокого уровня смертности, низкого уровня рождаемости, отрицательного сальдо миграции в СФО идет устойчивая убыль населения. За 1993–2008 гг. население округа сократилось на 1,56 млн чел., в том числе: за счет превышения числа умерших над числом родившихся — на 989 тыс. чел. (63,4%), в результате миграционного оттока населения — на 571 тыс. чел. (36,6%). Весьма неблагоприятно выглядит тот факт, что если по России в целом в период с 1993 по 2008 г. население сократилось на 4,4%, то в СФО — на 7,4%.

В 1990-е гг. произошло выраженное ухудшение показателей заболеваемости. Увеличилась распространенность соматических заболеваний, нарушений репродуктивного здоровья, нервно-психических расстройств. Причем, наиболее неблагоприятные изменения произошли в состоянии здоровья подростков и молодежи.

Общий показатель заболеваемости (болезненности) подростков Иркутской области увеличился в период с 1991 по 2008 г. в 2,8 раза (с 774,3 до 2208,6‰). Отмечался выраженный рост заболеваемости по некоторым классам болезней. В частности, показатель распространенности болезней эндокринной системы увеличился в 7 раз; инфекционных и паразитарных заболеваний — в 2 раза; патологии мочеполовой системы — в 4,9 раза; болезней органов пищеварения — в 2,6 раза. По данным министерства здравоохранения Иркутской области в последние годы более 50% подростков страдает хроническими заболеваниями; среди девушек-подростков показатели распространенности хронической патологии на 10–15% выше, чем среди юношей.

О том, что негативные изменения в образе жизни в гораздо большей степени коснулись подростков, чем взрослого населения, свидетельствуют значимые различия в темпах роста распространенности некоторых болезней репродуктивной системы среди девушек-под-

роستков и женщин фертильного возраста в период с 1991 по 2008 г. Так, если среди женщин показатель распространенности воспалительных болезней женских тазовых органов вырос в 1,6 раза (с 9,4 до 15,3‰), то в контингенте девушек 15–17 лет он увеличился в 28,9 раза (с 1,1 до 31,8‰). Частота расстройств менструального цикла увеличилась, соответственно, в 3,6 раза (с 4,5 до 16,2‰) и в 12,7 раза (с 4,3 до 55,0‰). Настоящим бедствием стали алкоголизация и наркотизация подростков. За 19 лет (1991–2008 гг.) в Иркутской области число подростков, больных наркоманией, выросло в 48 раз (с 9,9 до 475,2 ‰) и превышает в последние годы уровень заболеваемости наркоманией взрослых в 2,5 раза. Совершенно очевидна недостаточность демографического, репродуктивного потенциалов, а также потенциала здоровья населения Сибири для создания развитой экономической и поселенческой структуры, освоения имеющихся здесь природных ресурсов.

В ходе дальнейшего развития общества значение здоровья и воспроизводства населения как факторов социально-экономического развития будет неуклонно возрастать. Без решения проблемы сохранения и укрепления здоровья населения выглядит нереальным достижение высокого уровня производительных сил общества, стойкого повышения работоспособности и активного творческого долголетия населения. Нарастание негативных явлений в здоровье населения ставит охрану здоровья в ряд систем, определяющих безопасность страны. Следовательно, система здравоохранения может быть охарактеризована как одна из важнейших систем жизнеобеспечения общества.

При этом, сферу здравоохранения следует рассматривать не узко — как систему медицинской помощи, но, в широкой трактовке Всемирной организации здравоохранения, — как систему охраны здоровья населения, включающую: первичную профилактику, т.е. оздоровление образа жизни населения; проведение адекватной диагностики; и лишь в третью очередь — проблемы качественного оказания медицинской помощи.

Вопросы снижения предотвратимой смертности

В последние годы в сфере охраны здоровья активно разрабатываются стратегии, направленные на снижение так называемых предотвратимых потерь здоровья. Под предотвратимостью понимается возможность сокращения смертности от причин, считающихся предотвратимым при современных возможностях здравоохранения. В качестве стратегий предотвратимости европейские эксперты рассматривают в первую очередь приобщение населения к здоровому образу жизни, а также обеспечение своевременного выявления заболеваний.

Согласно данным опроса экспертов, проведенного ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России средняя оценка предотвратимости потерь (смертей) при сердечно-сосудистых заболеваниях и при действии внешних причин составляет около 45% [2]. Это означает, что существующие уровни смертности можно сократить почти вдвое даже при существующих возможностях системы здравоохранения. Известно, что алкоголь в России — один из важнейших факторов преждевременной смертности, прежде всего мужчин. Максимум их смертности приходится на активный трудоспособный возраст — 25–54 года.

По расчетам, произведенным А.В. Немцовым, вследствие связанной с алкоголем смертности ежегодно в РФ погибает 486,8 тыс. чел., в том числе 351,7 тыс. мужчин и 135,1 тыс. женщин [4]. При этом сюда входят прямые (например, отравления алкоголем) и непрямые алкогольные потери (например, сердечно-сосудистые смерти, наступление которых ускорило злоупотребление алкоголем), а также фальсификация связанной с алкоголем смерти (например, отравления алкоголем, которые камуфлируются сердечно-сосудистыми диагнозами).

В случае внешних причин смерти до 70% всех усилий, по мнению экспертов, должно быть направлено на оздоровление образа жизни, а 25% — на оказание качественной медицинской помощи [2]. При сердечнососудистых заболеваниях усилия должны быть распределены равномерно: треть — на вопросы первичной профилактики, треть — на вопросы своевременного выявления, и треть — на задачи повышения качества медицинской помощи. Характерно, что инвестиции только в медицинскую помощь эксперты считают неэффективными с точки зрения предотвращения людских потерь от сердечно-сосудистых заболеваний. Что касается снижения смертности в связи с насильственными действиями, несчастными случаями и алкогольными отравлениями, то почти десятикратное превышение даже восточноевропейских уровней, делает эту проблему приоритетной в снижении потерь от внешних причин в России [2]. При достижении предотвратимых уровней смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин продолжительность жизни российского населения могла бы возрасти на 3,5–2,5 года соответственно для мужчин и женщин.

Качество медицинской помощи и управление здравоохранением

В настоящее время многие показатели качества медицинской помощи в российских учреждениях здравоохранения еще находятся на низком уровне и не соответствуют международным стандартам. В ходе социологических исследований, проведенных сотруд-

никами Национального НИИ общественного здоровья в лечебных учреждениях ряда регионов, установлено, в частности, следующее. В ходе диспансеризации кардиологических больных (в 2008 г. в среднем около половины больных) не проводился регулярный контроль функционального состояния в процессе лечения, 23,0% врачей (17,0% в поликлинике) этот параметр просто не контролируют, в том числе в связи с необходимостью направлять больных в другие учреждения. Эффективное лечение не может быть обеспечено при неполной диагностике — до 20% опрошенных врачей (27,8% в терапевтических отделениях больниц) отмечают, что приходится ставить диагноз без достаточных данных в связи с невозможностью проведения полного обследования, только половина (48,0%) врачей может полностью обследовать больного в своем учреждении, в большей мере в кардиологическом стационаре. При этом значительная часть врачей отмечает, что обследования дороги для больных [3]. Врачи-кардиологи, работающие в амбулаторно-поликлинических учреждениях отмечают, что среди умерших от инфаркта миокарда основную часть (до 70%) составляли больные с низким уровнем материального благосостояния, в то время как среди заболевших (или поступивших под их наблюдение больных) таких лиц было менее трети (26,2%) [там же]. Эта разница показывает, что уровень материального благосостояния населения должен учитываться при проработке программ снижения смертности.

При более высоких показателях смертности от болезней кровообращения (основная причина смерти) доля случаев смерти от острого инфаркта миокарда в их составе у нас ниже, чем в других странах мира, что свидетельствует о низком уровне диагностики сердечно-сосудистых и других болезней, которые маскируются диагнозами атеросклероза (доля случаев смерти от этой причины у нас в несколько раз выше, чем от инфарктов). Массовым диагнозом является инсульт неуточненный (10–13% среди всех причин смерти от болезней системы кровообращения в России), что свидетельствует как о качестве прижизненной диагностики, так и, соответственно, о качестве лечения этих больных до наступления летального исхода [3].

По мнению специалистов, основные проблемы и недостатки действующей системы организации здравоохранения в нашей стране сводятся к следующим [1]:

- неопределенность обязательств по государственным гарантиям;
- несбалансированность ресурсной базы и обязательств;
- три источника финансирования ЛПУ (бюджеты разных уровней, медстрахование и средства населения) непрозрачны и не скоординированы;

– незаинтересованность медицинских работников в повышении ни качества медицинских услуг, ни в производительности своего труда, так как оплата их труда не меняется в зависимости от интенсивности труда и уровня профессионализма;

– существующая статистика совершенно не отражает реально го положения вещей с потребностью в медицинских услугах и ресурсным обеспечением этой потребности.

Даже такой сжатый перечень основных проблем является свидетельством неадекватности системы управления тем задачам, которые стоят перед здравоохранением.

Вопросы управления здравоохранением должны учитывать проблемы здоровья и медицинского обеспечения населения на разных уровнях (муниципальный, субъекта федерации, федеральный) с учетом закрепленного законом разграничения полномочий, отражать проблемы реализации государственных решений и законов. Соответственно, должны рассматриваться и характеристики здоровья: наиболее распространенные (массовые и как правило более легкие) заболевания должны учитываться при организации работы на муниципальном уровне, а наиболее редкие, требующие больших затрат и узкоспециализированной медицинской помощи, — на уровне страны. Так, на федеральный уровень должна представляться информация, обеспечивающая принятие решений на уровне государства, в том числе данные о заболеваниях, представляющих опасность для окружающих (инфекционные заболевания, без ОРЗ и гриппа), заболеваниях, для лечения которых необходима централизованная закупка медикаментов (гемофилия, лейкозы, диабет, некоторые виды онкозаболеваний и др.), о заболеваниях, подлежащих лечению в специальных центрах, о заболеваниях, травмах и последствиях травм мозга и нервной системы, требующие нейрохирургической помощи, заболеваниях почек, нуждающиеся в трансплантации, пороки сердца, в том числе у детей, врожденные пороки, требующие оперативного лечения [3]. Возможно, это потребует пересмотра всей системы статистики здоровья в здравоохранении.

Список использованной литературы

1. Бочкарева В.К. Пространственный фактор в формировании эффективной системы организации здравоохранения / В.К. Бочкарева // Управление здравоохранением. — 2009. — № 3. — С. 11–18.
2. Иванова А.Е. Тенденции смертности в России и резервы сокращения ее от преодолимых причин / А.Е. Иванова // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. — М.: Экон-Информ, 2010. — С. 27–37.
3. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обслуживания российского населения / Т.М. Максимова // Демографичес-

кие перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. — М.: Экон-Информ, 2010. — С. 51–65.

4. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России и пути снижения алкогольных потерь / А.В. Немцов // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы науч.-практ. конф. — М.: Экон-Информ, 2010. — С. 66–74.

5. Щепин О.П. Здоровье населения — основа развития здравоохранения / О.П. Щепин [и др.]. — М.: ННИИОЗ, 2009. — 376 с.

Bibliography (transliterated)

1. Bochkareva V.K. Prostranstvennyi phaktor v phormirovanii ephpektivnoi sistemy organizatsii zdravookhraneniya / V.K. Bochkareva // Upravlenie zdravookhraneniem. — 2009. — № 3. — S. 11–18.

2. Ivanova A.E. Tendentsii smertnosti v Rossii i rezervy sokrashcheniya ee ot preodolimykh prichin / A.E. Ivanova // Demographicheskie perspektivy Rossii i zadachi demographicheskoi politiki: materialy nauch.-prakt. konf. — М.: Ekon-Inphorm, 2010. — S. 27–37.

3. Maksimova T.M. Sostoyanie zdorov'ya i problemy meditsinskogo obsluzhivaniyarossiiskogonaseleniya / T.M. Maksimova // Demographicheskie perspektivy Rossii i zadachi demographicheskoi politiki: materialy nauch.-prakt. konf. — М.: Ekon-Inphorm, 2010. — S. 51–65.

4. Nemtsov A.V. Alkohol'naya smertnost' v Rossii i puti snizheniya alkohol'nykh poter' / A.V. Nemtsov // Demographicheskie perspektivy Rossii i zadachi demographicheskoi politiki: materialy nauch.-prakt. konf. — М.: EkonInphorm, 2010. — S. 66–74.

5. Shchepin O.P. Zdorov'e naseleniya — osnova razvitiya zdravookhraneniya / O.P. Shchepin [i dr.]. — М.: NNIIOZ, 2009. — 376 s.

Информация об авторе

Лещенко Ярослав Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией системных исследований общественного здоровья Ангарского филиала Восточно-Сибирского научного центра экологии человека СО РАМН — НИИ медицины труда и экологии человека, г. Ангарск.

Author

Leshenko Yaroslav Aleksandrovich — Doctor of Medicine, Professor, Head of Lab. of Public Health System Research, Angarsk Division of East Siberian Scientific Centre of Ecology of the Man, Research Institute of Labour Medicine and Ecology of the Man, Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences, Angarsk.