

Н. В. Барыкина

ЗДОРОВЬЕ ГРАЖДАНИНА – ПОКАЗАТЕЛЬ ПРЕСТИЖА НАЦИИ!

***(О состоянии и перспективах развития здравоохранения
на Ямале первого десятилетия XXI в.)***

Здоровье – показатель национального престижа, стабилизирующий фактор доверия ко всем ветвям власти, органам управления и политико-экономической системе в целом. В здоровье выражается не только благополучие индивидуума и семьи, но и эффективность государственного управления. Система предоставления населению необходимой медицинской помощи приобретает в современных условиях жизненно важное значение для сохранения общества и для обеспечения национальной безопасности.

Отечественное здравоохранение в последнем десятилетии XX в. оказалось в условиях тупикового развития отрасли. Реформируемая система здравоохранения не могла получить, а тем более, реализовать ожидаемые единые принципы руководства, т. к. акцент управленческих решений сдвинулся с общегосударственного уровня на региональный и учрежденческий.

Переход экономики России к рыночным отношениям, введение системы обязательного медицинского страхования населения страны (ОМС) определяют в начале XXI в. коренные структурно-функциональные преобразования в здравоохранении, в том числе в Тюменской области.

Идет интенсивный и активный поиск приемлемой модели региональной системы здравоохранения, которая в сложившихся условиях была бы адекватна изменившимся общественным реалиям. В регионе предпринимаются попытки сформировать модель обновленной системы здравоохранения, вырабатываются специфические формы и методы управления такой системой.

В последнее десятилетие состояние здоровья населения России заметно ухудшилось, о чем свидетельствуют показатели заболеваемости, смертности и средней продолжительности жизни. В период 1990–1994 гг. смертность населения увеличилась на 40%, а людей в трудоспособном возрасте – на 59%. С 1995 г. намечалась тенденция к улучшению этих показателей, но позитивные изменения были минимальны, а абсолютные значения уровня смертности и ожидаемой продолжительности жизни оставались намного ниже, чем в предыдущее

десятилетие. В 1999 г. ситуация вновь заметно обострилась. Продолжилось падение рождаемости, возросла смертность, снизилась продолжительность жизни населения. Главная причина депопуляции – естественная убыль населения. В 1999 г. превышение умерших над родившимися составило 929,6 на 100 тыс. человек, или в 1,8 раза. Суммарный коэффициент рождаемости (число детей в среднем на одну женщину) снизился до 1,17. Ухудшились показатели ожидаемой продолжительности жизни: у мужчин – 59,8 (в 1998 г. – 61,3), у женщин – 72,2 (в 1998 г. – 72,9). В январе–апреле 2000 г. продолжилось сокращение чисел родившихся и увеличение чисел умерших. Увеличилась заболеваемость туберкулезом, инфекционными болезнями, болезнями крови и кроветворных органов, мочеполовой системы, растет число эндокринных заболеваний и психических расстройств. Увеличивается доля обращений к врачу по поводу хронических патологий, течение болезней становится более тяжелым и длительным. Вырос удельный вес запущенных заболеваний, лечение которых требует значительных затрат. Наблюдается также тенденция естественного демографического старения населения, доля пожилых людей превышает показатели населения среднего и молодого возраста. Состояние системы здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений о дальнейших действиях государства. Главными при этом являются проблемы организационно-экономические.

В переходный период значительно сократились возможности государства финансировать бесплатное предоставление населению медицинской помощи, вследствие чего резко ухудшилась ее доступность для широких слоев населения. Так, например, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в 2003 г. в сопоставимом выражении уменьшился по сравнению с 1998 г. на 33%. Как следствие сокращения государственного финансирования происходит сокращение масштабов профилактики заболеваний и нарастание платности медицинской помощи. Это существенно снижает доступность медицинской помощи, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные группы населения. Растет число больных, которые вынуждены отказываться от лечения и приобретения необходимых лекарств.

Сравнительный анализ планируемых бюджетных затрат России на здравоохранение с подобными расходами в развитых и многих развивающихся государствах показывает, что в нашей стране они являются ничтожно малыми. Для нормального существования медицины Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует выделять 6–8% от валового национального

продукта (ВНП) при бюджетном финансировании в развитых государствах и не менее 5% ВНП для развивающихся стран как минимально необходимую величину¹. Хотя с 1998 г. Правительством РФ ежегодно утверждается Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощи, имеющиеся ресурсы системы здравоохранения используются с низкой эффективностью.

Законодательное регулирование сферы охраны здоровья сегодня не формирует единства системы здравоохранения, не позволяет обеспечить эффективное использование ресурсов отрасли и не создает условия для рациональных форм привлечения средств населения. В Конституции РФ², Всеобщей декларации прав человека (ст. 25) и Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12) признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Реформа системы финансирования здравоохранения, проведенная в первой половине 90-х гг. XX в., создала своеобразные институциональные ловушки для самой этой системы. Фактический отказ от пересмотра государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения в сочетании с сокращением размеров их государственного финансирования привели к широкомасштабному замещению государственных расходов частными, преимущественно в формах теневых платежей, при которых и государственные, и частные средства расходуются неэффективно.

При этом политические и экономические издержки изменения сложившегося сочетания формальных и неформальных институтов оплаты медицинской помощи оказываются очень высокими. Еще одна институциональная ловушка возникла вследствие введения в 1993 г. взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в размере 3,6% от фонда оплаты труда, явно недостаточном, для полноценного финансового обеспечения медицинской помощи этой категории застрахованных, что усугублялось к тому же отсутствием четких правил осуществления страховых платежей за неработающее население из местных и региональных бюджетов и ограниченностью возможностей федерального центра заставить региональные и местные власти производить такие платежи в достаточных размерах. Это породило множество неэффективных региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения, которые теперь, однако, не могут быть изменены без серьезных политических издержек. Такой же ловушкой стали условия участия страховых компаний в системе обязательного медицинского страхования.

Коммерческая деятельность государственных и муниципальных организаций здравоохранения — явление нежелательное по двум соображениям. Во-первых, власть в лице комитетов

¹ Герасименко Н. Ф. Реформа здравоохранения: некоторые итоги и перспективы // Экономика здравоохранения. 1997. № 1. С. 5-7.

² Конституция Российской Федерации. Ч. 1. Ст. 41.

будет всячески подавлять рынок медицинских услуг. Во-вторых, власть будет коррумпирована. Значит, нужно ввести эту власть в рамки: с одной стороны, дать ей возможность защитить публичный интерес, с другой — не дать возможности ущемить частную систему здравоохранения.

В последние годы в Российской Федерации все более остро нарастают кризисные процессы в деятельности медицинских учреждений. Постановления федеральных органов исполнительной власти о радикальном реформировании здравоохранения во многих случаях не выполняются, что происходит на фоне ежегодного снижения бюджетного финансирования отрасли. И это все при том, что в стране отмечаются значительное неблагополучие в демографическом развитии общества и ухудшение здоровья народа. Так, в 2000 г. число умерших в целом по России превысило число родившихся в 1,3 раза. Естественная убыль населения имеет место в большинстве субъектах Российской Федерации. Особенно устойчивая тенденция к уменьшению численности жителей, в основном за счет низкой рождаемости и высокой смертности, отмечается в центральных и промышленных регионах страны³.

Демографическая ситуация в Ямало-Ненецком автономном округе на протяжении последних трех лет характеризуется, наоборот, увеличением населения, прекращением роста смертности, в том числе и младенческой, продолжающимся ростом рождаемости. Постоянное население округа сохранило свои тенденции, продолжается незначительное увеличение численности населения округа в равном процентном соотношении за счет городского и сельского населения.

Увеличение численности населения округа по-прежнему происходит главным образом за счет естественного прироста населения. Миграционный прирост населения, значительно влияющий на демографическую ситуацию округа в середине 90-х гг., в 2004 г. составил 385 человек, а по сельской местности — минус 16.

Экономическая стабильность округа, социальная направленность политики руководства округа и бизнеса снизили негативные тенденции демографических показателей 90-х гг. Уровень показателей рождаемости и смертности еще далек от значений доперестроечного периода, однако стабилизация показателей последних 3 лет бесспорна и выглядят они значительно лучше среднероссийских. Очевиден стабильный рост показателя рождаемости с тенденцией к стабилизации.

В структуре причин общей смертности на первом месте с неуклонным ростом значится доля болезней системы кровообращения, которая составляет 47%, где наибольший удельный вес приходится на хронические формы. Детский и взрослый травматизм остается важнейшей социально-гигиенической про-

Сегодня каждому клиенту системы здравоохранения представляется для подписи «лист удовлетворенности оказанной услугой», в котором пациент имеет право на поставленный вопрос о качестве услуги ответить «да» или «нет», в 99% случаев, даже если нет удовлетворенности, все отвечают «да», нужно ли продолжать размышления по поводу правдивости данных о качестве услуг (размышления редакции).

³ Григорьев Ю. А., Бородин Л. В. О некоторых направлениях исследований медико-демографических процессов в Сибири // Бюллетень СО АМН России. 2001. № 1. С. 85-89.

блемой. В округе, как и по России в целом, несчастные случаи, отравления и травмы занимают второе место с большим удельным весом отравлений наркотиками, этанолом и суррогатами алкоголя. Третье – новообразования. Четвертое и пятое – заболевания органов дыхания.

Внутренние резервы общества, потенциал его будущего особенно ярко характеризуют такой демографический показатель, как младенческая смертность. Несмотря на рост общей заболеваемости населения, увеличение патологий будущих матерей, которые прямо или косвенно влияют на здоровье плода и новорожденного, высокие показатели младенческой смертности сегодня снизились до разумных величин благодаря программно-целевому решению проблемы, структурной перестройке службы материнства и детства, ее техническому переоснащению, подготовке кадров.

Для правильного понимания некоторых демографических процессов и состояния здравоохранения в автономном округе необходимо знать, что территория Ямало-Ненецкого автономного округа составляет 750,3 тыс. км² (52,3% территории Тюменской области), большая часть которой находится за полярным кругом с характерными для этих широт климатическими условиями, транспортной схемой, низкой плотностью проживания населения (0,7 человек на 1 км²). В округе 102 сельских населенных пункта, из которых в 45 проживает менее 100 жителей. Сельские жители составляют 17,4% от общей численности населения округа (88,8 тыс. человек), из которых 37,3% (33169) относятся к коренным и малочисленным народам Севера, более 40% (13575) ведут кочевой образ жизни.

Несмотря на значительные вмешательства цивилизации в жизнедеятельность коренных и малочисленных народов Севера, рождаемость в их семьях остается традиционно высокой, как и высокая смертность кочующего населения, несмотря на подъем здравоохранения округа в целом. Сельское население, коренные и малочисленные народы Севера, кочующее население в основном проживают на территории 6 муниципальных образований автономного округа. Кочевой образ жизни коренных и малочисленных народов Севера включает в себя и воспроизведение потомства. Условия тундры являются в высшей степени экстремальными и не способствуют нормальным родам и часто здоровью детей, особенно младенческого возраста. Поэтому районы с большим количеством кочующего населения имеют самые высокие показатели младенческой смертности.

Медицинское обслуживание населения Ямало-Ненецкого автономного округа осуществляется 187 больничными учреждениями. Более 80% всех государственных лечебно-



*В. П. Овчаров.
Хирург*

профилактических учреждений расположены в сельских населенных пунктах, в которых оказывается в основном первичная и квалифицированная медицинская помощь.

В системе ОМС функционируют 54 лечебных учреждения, что на 25 больше по сравнению с 2004 г. В системе ОМС работают все больничные учреждения округа. Общее количество больничных коек в округе составило 5843, это на 56 коек (или 1,1 койки на 10000 человек) больше, чем в 2002 г.

Здоровье человека на Севере – проблема достаточно сложная. Для обеспечения жителей Ямало-Ненецкого автономного округа высококвалифицированной медицинской помощью необходимо применение новых медицинских технологий, таких как ядерно-магнитный резонанс, реконструктивная нейрохирургия, микрохирургия сосудов и нервов, имплантация электрокардиостимуляторов, трансплантация органов и тканей, эндопротезирование суставов, эндоскопическая хирургия. Предоставление высокотехнологичных видов медицинской помощи невозможно в лечебно-профилактических учреждениях городов округа, поскольку они, в основном, концентрируются в клиниках федерального подчинения и в лечебно-профилактических учреждениях за пределами округа и требуют вложения значительных финансовых средств. Наибольшее распространение высокотехнологичные виды медицинской помощи получили в кардиохирургии, нейрохирургии, онкологии, травматологии и ортопедии, трансплантологии, эндокринологии и гематологии.

За период 2003–2004 гг. показатель общей заболеваемости взрослого населения по округу возрос на 16,4% (2002–2003 гг. – 12,5%). Рост заболеваемости обусловлен распространенностью болезней костно-мышечной системы, мочеполовой и системы органов кровообращения.

Первое место в структуре по-прежнему занимают болезни органов дыхания, что составляет в 2004 г. 251,3 на 1000 человек. В округе за период 2002–2004 гг. отмечается тенденция к стабилизации уровня заболеваемости в этом классе за счет уменьшения числа случаев острых респираторных заболеваний. Внутри класса имеет место неуклонный рост бронхиальной астмы (на 24,1%) и хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ) (на 30%). Наибольшая распространенность бронхиальной астмы зарегистрирована в городах: Ноябрьск (11,8), Новый Уренгой (11,6), и Шурышкарском районе (9,9). Рост заболеваемости ХОБЛ отмечается в городах: Салехард (24,0), Ноябрьск (22,5), и Шурышкарском районе (23,0).

На второе место в 2004 г. переместился класс болезней мочеполовой системы, рост заболеваемости за период с 2002 по 2004 гг. составил 26,7%. Наибольший удельный вес представлен нефритами и мочекаменной болезнью. В течение 2002–2004 гг. отмечается тенденция к росту патологии в г. Салехарде (19,5) и районах: Ямальский (18,0) и Шурышкарский (15,1).

Третье место в 2004 г. занимали болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Рост патологии за рассматриваемый период составил 20,9% (основную долю составляют остеоартроз и ревматоидный артрит). По России прирост заболевания за период с 1996 по 2004 гг. составил 14,1%. На долю остеоартроза приходится 76% от всей патологии костно-мышечной и соединительной ткани, распространенность ревматоидного артрита составляет 14%. Наиболее высокий уровень патологии отмечается в городах: Ноябрьск (244,9), Муравленко (209,5) и Салехард (197,6).

Четвертое место в структуре общей заболеваемости взрослых заняли болезни системы кровообращения, на долю которых приходится первое место в структуре смертности (47%). Если с 1996 г. они занимали (в разные годы) 10-, 11- и 9-ранговое место, то в 2004 г., как было отмечено выше, они переместились на 4 место. Наиболее высокие показатели в классе болезни системы кровообращения отмечаются в городах: Ноябрьск (269,6), Салехард (186,7), Новый Уренгой (138,9), а также в районах: Шурышкарский (123,0) и Пуровский (104,2).

Рост заболеваемости в округе обусловлен увеличением удельного веса артериальной гипертонии, что за отчетный период составило 49,2%. Самый высокий уровень артериальной гипертонии зарегистрирован на территориях с наибольшей распространенностью патологии кровообращения. Это города: Ноябрьск, Салехард, Новый Уренгой, и районы: Пуровский и Шурышкарский.

Пятое место в структуре общей заболеваемости занимают болезни глаза и его придаточного аппарата. Наибольший про-

цент патологии приходится на катаракту и миопию.

Шестое место по распространенности занимают болезни органов пищеварения. В округе показатель болезненности данного класса ниже, чем по области и по России. Однако на фоне снижения уровня заболеваемости внутри класса сохраняется тенденция к росту язвенной болезни (2002–2004 гг. – на 23,5%), гастритов и дуоденитов (на 30,7%), болезней желчевыводящих путей (на 39,1%).

К началу нового столетия в округе произошла стабилизация демографических процессов. Рождаемость с 2004 г. увеличилась до показателя 12,9 на 1000 человек населения, что на 191 ребенка больше в сравнении с 2002 г. (РФ – 9,1). Показатели общей и младенческой смертности снижаются, при этом показатель общей смертности почти втрое меньше среднероссийского (5,7; 15,6 соответственно).

Причины смертности детей первого года жизни – это врожденные аномалии, состояния перинатального периода, которые напрямую связаны со здоровьем матери, а внутриутробные инфекции и несчастные случаи лидируют, ситуация зависит напрямую от медико-гигиенической грамотности населения, прежде всего. Некоторое снижение младенческой смертности, к сожалению, достигнуто в основном благодаря совершенствованию технологий неонатальной реанимации, которая, как известно, не уменьшает количество инвалидов с детства, хронических больных в дальнейшем. Так, в 2004 г. на 6590 родов по округу зарегистрировано 83 новорожденных, родившихся с врожденными пороками, что превышает уровень 2003 г. более, чем вдвое. Здоровье населения во всех возрастных группах продолжает ухудшаться.

Стабилизация и снижение общей смертности, очевидно, связаны с мерами социальной защищенности населения округа в последние годы. Но беспокоит структура смертности, которая говорит о роли и месте человека в нашем обществе. 47% людей умирают от заболеваний сердечно-сосудистой системы, 33% – от несчастных случаев, отравлений и травм, 19% – от злокачественных новообразований.

Нельзя связать эту негативную тенденцию с какой-то одной причиной. Очевидно, это результат накопившихся проблем, которые носят системный характер. В первую очередь это проблема социально-политическая, определяющая место и роль





человека в обществе, во вторую – проблема образовательная, определяющая уровень медико-гигиенической грамотности населения. Поэтому проблему здоровья граждан не решить полномочиями одного субъекта, часть вопросов необходимо решать на уровне государства – законодательно.

В структуре заболеваемости взрослых наблюдается неуклонный рост болезней, риск возникновения которых связан, прежде всего, с деструктивными поведенческими факторами, такими как несбалансированное питание, курение, гипокинезия, хроническое стрессирование, злоупотребление алкоголем, наркомания и т. д.

В структуре заболеваемости подростков и детей это хронические болезни миндалин и аденоидов лидирующего класса «болезни органов дыхания», дающих большое количество осложнений, но легко предупреждаемых профилактическими мерами.

Заслуживают особого внимания высокие коэффициенты болезней глаз как результат территориальных особенностей светового дня и увеличивающейся нагрузки на зрительный орган всеобщей компьютеризацией.

Эффективной мерой улучшения популяционного здоровья населения с минимальными затратами должны стать обучение и воспитание, перепрограммирование психики людей с лечения болезней, как главного в достижении здоровья, на активное самообеспечение

высокого уровня индивидуального здоровья как предпосылки снижения риска возникновения болезни.

В округе слабо развивается институт врача общей практики, как следствие недостаточного понимания его предназначения. Сложилось неправильное мнение, что это вундеркинд, который диагностирует, лечит, реабилитирует, заменяет узких специалистов. На самом деле врач общей практики решает многоцелевую заботу о здоровье всех членов семьи в объеме современных достижений первичной и вторичной профилактики болезней и только после этого занимается лечебной работой. Поэтому практику семейного врача необходимо развивать не только на селе, а повсеместно.

Удовлетворительно решаются проблемы социально значимых заболеваний. Цель – привлечение внимания к проблеме, концентрация финансовых средств достигнута. Есть положи-

тельный результат, который заключается не только в снижении показателей заболеваемости, смертности, продлении сроков первых осложнений их тяжести, продление сроков полноценной жизни, но и в достижении понимания проблемы ее тенденций и темпов. Сегодня социально значимые заболевания стабилизированы, контролируются и прогнозируются.

В начале предыдущего десятилетия материально-техническая база здравоохранения была недостаточной. Учреждения здравоохранения в большинстве мест находились в приспособленных и нередко ветхих помещениях. Отсутствовало современное диагностическое и лечебное оборудование в ЛПУ округа. Не было специализированных видов медицинской помощи. Произошел отток квалифицированных кадров.

Выгодно отличает наш округ показатель естественного прироста населения, который в России имеет отрицательное значение и составляет $-6,5$, а по округу $+6,4$, показатель рождаемости в округе составляет $13,4$ на 1000 человек, что выше среднероссийского. Отрадно признать, что в течение последних 3 лет мы имеем самые низкие за последние 30 лет уровни перинатальной и младенческой смертности. Ежегодно разрабатывается и принимается Программа государственных гарантий обеспечения жителей округа бесплатной медицинской помощью. Эта Программа предусматривает дополнительные средства на лечение социально значимых заболеваний и оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Согласно постановлению Губернатора Тюменской области ежегодно утверждаются перечень медикаментов и группы населения, которые обеспечиваются медикаментами бесплатно и с 50%-ной скидкой. В их число входят представители малочисленных народов Севера, что также свидетельствует о социальной направленности бюджета и заботе правительства округа о сохранении здоровья представителей коренной национальности. С целью поиска более высоких технологий и меньших затрат нами осуществляется сотрудничество с клиниками Екатеринбурга, Москвы, Санкт-Петербурга, Омска, Кургана.

Вместе с тем в здравоохранении округа имеется ряд проблем: высокие уровни заболеваемости алкоголизмом, наркоманией, туберкулезом, ВИЧ-инфекции/СПИДа требуют дальнейшего развития специализированных служб. В решении таких проблем в округе имеется положительный опыт: развивается неврологическая и кардиологическая служба, созданы перинатальный и СПИД-центры, бюро судебно-медицинской экспертизы.