

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮЛЬ  
АВГУСТ  
1988  
4  
ТОМ  
LXIX

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ  
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР  
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

УДК 658.387.

## ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСИЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А. Д. Царегородцев, Ш. М. Вахитов

*Министерство здравоохранения ТАССР, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. И. Г. Низамов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

XXVII съездом КПСС намечен стратегический курс развития нашей страны. Главной его особенностью является политика ускорения, заключающаяся не только в повышении темпов экономического роста, но и в совершенствовании общественных отношений, обновлении форм и методов работы, преодолении инерции, дальнейшем развитии творчества масс.

Особое внимание будет уделяться усилению профилактической направленности нашего здравоохранения. В «Основных направлениях развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» отмечается, что на всех этапах развития советского здравоохранения профилактическое направление было и остается основным принципом, идеологией охраны здоровья народа, при этом подчеркивается, что осуществление широкого комплекса профилактических мероприятий является не только задачей органов здравоохранения, но и важнейшим разделом деятельности партийных комитетов, министерств и ведомств, Советов народных депутатов, профсоюзов, комсомола, хозяйственных руководителей, трудовых коллективов предприятий, организаций и учреждений.

В свете названных документов сейчас реализуется целый ряд программ, направленных на сохранение здоровья населения

(в том числе и Республиканская целевая комплексная программа «Здоровье» ТАССР), что, естественно, связано с определенными трудностями, успешное преодоление которых возможно при тесном взаимодействии работников практического здравоохранения и ученых.

Критический анализ деятельности органов здравоохранения позволяет выявить ряд особенностей развития отрасли в современных условиях: растет интенсивность труда медиков; более широкое распространение получают системные взгляды на различные аспекты борьбы за здоровье людей, увеличивается число межведомственных контактов; задачи здравоохранения становятся все более комплексными, к их решению привлекаются значительные людские ресурсы. Названными и многими другими причинами объясняется то, что управлять здравоохранением прежними способами становится весьма сложно, а в свете диалектического закона о переходе количества в иное качество — даже невозможно. Работники здравоохранения поставлены в такие условия, когда успех в работе будет определяться не только качеством выполнения каждым своих конкретных служебных обязанностей, а и до конца осознанным отношением к основным процессам и особенностям функционирования органов здравоохранения в целом, пониманием конечных целей отрасли и

перспектив ее развития, а также своего места и роли в решении стратегических и тактических задач. Способствовать такому быстрейшему переходу медицинских работников на качественно новый уровень деятельности можно путем проведения постоянной разъяснительно-воспитательной и организационно-методической работы со стороны руководящего звена здравоохранения и ученых при активном и творческом участии врачей и среднего медицинского персонала в обсуждении поставленных вопросов. Эта работа должна заключаться в следующем: а) в четкой и однозначной формулировке целей, стоящих перед медицинскими работниками определенных административных территорий или учреждений; б) во внедрении приемлемых (с точки зрения реальных потребностей и возможностей) методов анализа ситуации на уровне врача, учреждения, органа здравоохранения; в) в соизмерении объема поставленных задач и требуемых на их решение средств; г) в выборе для различных уровней здравоохранения вариантов поведения с учетом сложившейся ситуации.

Профилактика, как известно, является основным направлением развития нашего здравоохранения. Она включает на данном этапе конкретные задачи, прежде всего: 1) распределение населения по группам в зависимости от риска возникновения определенных заболеваний; 2) оптимизацию режима жизни людей; 3) контроль за состоянием их здоровья; 4) разработку мер воздействия на физическое и психологическое состояние людей; 5) анализ проводимой работы и ее оценку. Их реализация в настоящее время явно не удовлетворительна. Организационной и методической основой выполнения этих задач являются на сегодня ежегодные осмотры населения, которые сводятся в основном к констатации факта появления или отсутствия болезни. В результате осмотров выявляются больные, которых и охватывают в той или иной мере оздоровительной работой. Здоровые лица обычно до следующего осмотра из поля зрения медиков исключаются. Поэтому представляется необходимым не просто усовершенствовать методику и организацию таких осмотров, но и существенно изменить их содержание, дополнить их другими видами работ, которые в комплексе и позволяют улучшить качество профилактического направления здравоохранения. Для достижения перечисленных выше целей необходимо, на наш взгляд, сделать следующее.

1. В процессе медосмотров для каждого человека следует определять степень риска возникновения различных заболеваний, что осуществимо при наличии: а) соответствующих методов и умелом их использовании врачами, б) достоверной информации о населении, в) условий для ведения работы. Подготовка кадров и материально-технич-

еская база (оснащение современным оборудованием, обеспечение возможностей для размножения печатных материалов в нужном количестве и др.) для решения данной задачи требуют совместных и координированных усилий врачей, научных работников, руководителей органов здравоохранения.

2. Оптимизация режима жизни людей может происходить как в результате воздействия на каждого индивидуума, так и в итоге осуществления общих изменений для определенного контингента населения. В обоих случаях будут затрагиваться проблемы досуга, оптимизации физической нагрузки, организации труда, режима и особенностей питания. Задачи общего характера будут решаться в государственном масштабе с привлечением ресурсов различных звеньев народного хозяйства, а разработка индивидуальных рекомендаций — совместными усилиями работников здравоохранения, питания, культуры, просвещения при обязательном участии самих людей в борьбе за здоровый образ жизни. Следует обратить внимание на исключительно большую роль семьи, школы, дошкольных детских учреждений, ведь максимального эффекта в воспитании приверженности к здоровому образу жизни можно достичь лишь в том случае, если эта работа будет начинаться с момента рождения и продолжаться в дошкольном и школьном периодах жизни.

3. Проблема контроля за состоянием здоровья людей в организационном плане на первый взгляд кажется простой. Но при более глубоком ее анализе выясняется, что контроль фактически сводится к проведению более или менее регулярных исследований типа общего анализа крови, мочи, флюорографии и т. п. Не подвергая сомнению диагностическую ценность данных исследований, заметим, что они малоинформативны в плане определения степени изменения риска возникновения заболеваний. Поэтому наряду со способами выявления лиц группы риска целесообразно разработать и рекомендации по последующему контролю за их здоровьем. Это возможно при следующих условиях: а) использовании более информативных и чувствительных лабораторно-инструментальных методов исследования; б) разработке и применении методов тестового контроля и опроса, выявляющих скрытые изменения в состоянии людей, а также степень их готовности бороться за свое здоровье; в) широком распространении методов самоконтроля. Решение настоящей задачи в большой степени будет зависеть от уровня научных исследований и внедрения их результатов в практику.

4. Для обеспечения эффективного воздействия на физиологическое и психологическое состояние людей с повышенным риском возникновения какого-либо заболевания надо предусмотреть перечень разно-

образных мер — от разъяснительных бесед до материального стимулирования за степень выполнения рекомендаций врачей. Такие меры могут быть самыми разнообразными, но в любом случае их следует тесно увязывать с конкретными условиями. Например, можно предоставлять путевки в санатории только тем, кто соблюдает рекомендации врачей, или буквально ставить в зависимость от этого возможность работать в занимаемой должности. В решении данной задачи не обойтись без тесного контакта медиков с администрацией предприятий, профсоюзами, обществом Красного Креста при координирующей роли работников здравоохранения.

5. Квалифицированный и всесторонний анализ проделанной работы обуславливает возможность ее совершенствования. Основой такого анализа может служить система тщательно подобранных и досконально разработанных критериев различных аспектов профилактической работы. Существующие ныне критерии в большинстве своем не выдерживают критики с позиций управления здравоохранением, так как отличаются громоздкостью расчета, недостаточной информативностью, отсутствием четких целевых характеристик. Потребности практического здравоохранения диктуют необходимость создания новых критериев, позволяющих проводить как интегрированную оценку всей работы, так и дифференцированную — по разделам. Среди последних первоочередного внимания требуют: 1) разработка позитивных оценок здоровья — уровня сохранения здоровья, увеличения длительности жизни, сохранения трудоспособности и др.; 2) определение уровня организации медицинской помощи населения; 3) оценка качества профилактики; 4) выявление экономической эффективности мероприятий; 5) оценка заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности за текущий период и в перспективе; 6) оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений. Кроме того, качество анализа будет зависеть и от степени распространения предлагаемой системы оценок среди работников практического здравоохранения, в первую очередь среди руководящего звена.

Изложенный перечень целей и проблем можно назвать стратегическим планом совершенствования профилактической работы. Ясно, что достижение поставленных целей потребует не только времени, затрат и перестройки системы здравоохранения, но установления приоритетности и очередности решаемых задач. Конкретная тактика использования сил и средств с учетом условий определенной административной территории, специфических характеристик населения, особенностей развития сети здравоохранения разрабатывается в виде программ профилактики и лечения заболеваний, наиболее распространенных в данных условиях. Эти про-

граммы, как правило, объединяются в комплексы «Здоровье» с целью гармоничного развития сети медицинского обслуживания населения.

С позиций обеспечения единого, унифицированного организационно-методического подхода представляется целесообразным выделение определенных видов работ и этапов, обязательных при составлении и реализации программ профилактики той или иной патологии.

1. Обоснование необходимости развертывания программы.

1.1. Актуальность проблемы профилактики данной патологии, обуславливаемая: а) ростом ее распространенности; б) увеличением ее доли в структуре причин смерти населения; в) связью с другими заболеваниями; г) влиянием на трудовые потери народного хозяйства.

1.2. Наличие необходимой научно-практической базы для развертывания программы, а именно: а) научные разработки соответствующего направления; б) подготовленность медицинских кадров; в) уровень развития организационной структуры системы здравоохранения; г) материально-техническая обеспеченность.

1.3. Определение ожидаемого после реализации программы эффекта: а) медицинского (сокращение общего числа больных с данным заболеванием, создание предпосылок для более щадящего и физиологичного лечения этих больных, сокращение абсолютного и относительного числа больных с тяжелыми формами заболевания и его осложнениями); б) социального (привитие населению навыков здорового образа жизни, изменение отношения людей к профилактике заболеваний и к своему здоровью, создание предпосылок для широкого сотрудничества населения с работниками здравоохранения в плане борьбы за свое здоровье); в) организационного (приобретение работниками здравоохранения определенного опыта и навыков профилактической работы на современном уровне; изменение структуры посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений и состава больных в стационаре, показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений; снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности); г) экономического (условного, связанного с рациональным использованием средств здравоохранения, и безусловного, достигаемого за счет снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности и процента инвалидности).

2. Формулировка конечных целей программ и определяемых этим задач.

2.1. Конечными целями могут быть: снижение (в некоторых случаях — ликвидация) определенного вида заболеваемости; абсолютное и относительное сокращение числа больных с тяжелыми формами заболевания

и его осложнениями; сокращение трудопотерь в народном хозяйстве.

2.2. Вытекающие из перечисленных целей задачи, как показывает опыт, можно объединить по группам: а) изучение эпидемиологических особенностей данной патологии на конкретной территории; б) подбор системы показателей для оценки различных сторон планируемой работы; в) разработка методов прогнозирования вероятности возникновения заболевания у определенных лиц и изменения распространенности заболевания в изучаемом контингенте; г) определение организационно-методических подходов к выработке управленческих решений в данных условиях; д) организационно-управленческое обеспечение перестройки системы медицинского обслуживания населения для полной реализации поставленных задач.

3. Основные этапы реализации программы и организации работ.

3.1. Проведение эпидемиологического исследования населения для получения истинной картины распространенности заболеваний и выявления соответствующих факторов риска. Поскольку эпидемиологическое исследование обычно выполняют выборочно, отобранная группа населения должна быть репрезентативной. Кроме того, требуется единый подход к проведению лабораторно-инструментальных исследований и опросов населения. Все это достигается путем разработки детальных инструкций и рекомендаций для участников программы.

3.2. Составление плана организационно-методических мероприятий по выявлению лиц группы риска и больных: а) выбор и утверждение способов предварительной и окончательной оценки риска возникновения заболеваний у каждого человека из обслуживаемого населения; б) определение принципов распределения выявленных лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных по более или менее однородным группам; в) разработка детальных рекомендаций по оптимизации режима жизни для представителей каждой группы; г) информационное обеспечение всех заинтересованных должностных лиц (медицинских работников, представителей администрации соответствующих предприятий) и самих обследованных о состоянии их здоровья и необходимых изменениях режима жизни.

3.3. Привитие людям навыков здорового образа жизни: а) в выделенных группах — проведение коллективных занятий, посвященных вопросам актуальности борьбы с данным заболеванием и реальности его профилактики, самоконтролю состояния здоровья, пониманию невозможности сохранения здоровья только за счет усилий медиков без активного участия в этом процессе самих людей; б) с каждым больным и представителем группы риска — об особенностях про-

ведения лечебно-оздоровительных мероприятий; в) среди всего населения — разъяснительную и просветительную работу через прессу, Дома санитарного просвещения, обществ «Знание», Красного Креста, а также с помощью других общественных организаций и активистов из населения.

3.4. Привлечение к работе представителей различных отраслей народного хозяйства. Общеизвестно, что подавляющее большинство современных проблем, связанных с оздоровлением населения, являются межотраслевыми. Усилия лишь работников здравоохранения без активной поддержки со стороны руководителей других отраслей не могут быть плодотворными. Отсюда возникает необходимость широкого вовлечения в профилактическую работу представителей различных специальностей. Их конкретные обязанности следует определять с учетом специфики патологии, предупреждению которой посвящена программа, и особенностей местных условий.

3.5. Изменение отношения медицинских работников к решаемым проблемам. Введение этого пункта диктуется тем, что нередко приходится преодолевать сложившийся стереотип мышления медиков по отношению к отдельному заболеванию. Настоящий раздел должен включать: а) разработку лекций и методических рекомендаций для различных категорий медицинских работников по нужной тематике; б) проведение научно-практических конференций, семинаров, совещаний; в) отражение соответствующего раздела профилактической работы при аттестации врачей.

3.6. Обеспечение мер воздействия на физиологическое и психологическое состояние лиц группы риска и больных: а) организация рационального режима труда и быта; б) охват оздоровительными мероприятиями в группах «Здоровье», санаториях-профилакториях; в) борьба с профвредностями, излишней утомляемостью, стрессами; г) изыскание возможностей материального стимулирования людей к ведению здорового образа жизни.

3.7. Контроль за больными и лицами группы риска: а) лабораторный; б) тестовый.

4. Анализ эффективности мероприятий и разработка планов по дальнейшему совершенствованию профилактической работы.

Все перечисленные этапы и разделы работы необходимо увязать с возможностями материально-технического и кадрового обеспечения, а также четко определить временные интервалы для их реализации.

В заключение необходимо заметить, что предлагаемый план составления программ профилактики различных видов патологии может использоваться на самых различных уровнях — на отдельных предприятиях, в лечебно-профилактических учреждениях, районах, городах и областях.