

УДК615.838.003(571.63):614.2

Ю.В. Каминский, Е.Б. Кривилевич

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА- НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: восстановительная медицина, профилактика, реабилитация, санаторно-курортное дело.

Определение здоровья как одного из видов ресурса национальной безопасности диктует необходимость формирования новой политики здравоохранения. Ее идеология строится на создании массовой системы оздоровления с выходом на формирование навыков ведения здорового образа жизни, широкое применение здоровьесберегающих технологий и развитие системы центров сохранения и восстановления здоровья [6, 7, 11]. Существенная роль в реализации этой политики отводится восстановительной медицине (ВМ) [3]. В настоящее время ВМ — это не только признанное и оформленное нормативно-правовыми актами новое профилактическое направление в медицинской науке и здравоохранении, но главное — новая философия системы охраны и укрепления здоровья населения [10]. В условиях реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», направленного на формирование ресурсов здоровья, развитие ВМ имеет особое значение.

Во-первых, она должна создать условия для определения взаимной ответственности государства, субъекта экономики (предприятия и домохозяйства) и личности за формирование здорового поколения через систему правовых, административных, морально-этических, религиозных и иных механизмов. Объектом воздействия является здесь индивидуальное или групповое сознание, через которое формируются ведущие человеческие ценности: здоровье, красота, престижность, образование, культура, являющиеся составной частью «человеческого капитала».

Во-вторых, ВМ должна стать составной частью государственной и региональной макроэкономической политики, определяющей уровень и качество жизни населения. Ее необходимость хорошо видна при характеристике двух основных составляющих «человеческого капитала»: человекопотребления и человекопроизводства. Результаты наших исследований на примере распределения валового регионального продукта в Приморском крае показали, что в динамике за 5-летний период (1999—2003 гг.) в его структуре составляющая человекопотребления занимала доминирующее положение, хотя и имела некоторую динамику снижения — с 85,3% в 1999 до 79,87% в 2003 г. Соответственно, доля составляющей человекопроиз-

водства — расходы на воспроизводство, медицинское обслуживание, социальные потери, демографический резерв — были незначительны (от 19,29 до 20,13%).

В-третьих, должны быть созданы реальные условия для сохранения и восстановления здоровья населения, которые напрямую связаны со снижением уровня бедности, повышением доходов, улучшением условий труда, качества питания, водоснабжения, отдыха и т.д. Это позволит рассматривать здоровье как категорию ценности при достижении экономических целей, а ВМ как сферу воспроизводства трудового ресурса нации. О необходимости усиления социальной направленности общегосударственной и региональной экономической политики убедительно свидетельствуют данные об уровне жизни и здоровье населения. Несмотря на наличие позитивных моментов в динамике ряда социально-экономических показателей (рост индексов личного потребления и расходов государства на конечное потребление, значительное снижение долгов по заработной плате и др.), остаются неблагоприятными такие важные социальные индикаторы, как индекс бедности населения, коэффициент концентрации доходов (Джини), риски потери доходов, связанных с заболеваниями и старостью, низкая ожидаемая при рождении продолжительность жизни. Показательными в этом плане являются данные, свидетельствующие о потенциальных возможностях значительной части населения заниматься своим здоровьем.

По данным территориального управления статистики Приморского края, превышение расходов над доходами за период с 2000 по 2004 г. выросло с 6,6 до 11,9%, что свидетельствует об усилении экономической зависимости значительной части населения. При этом следует иметь в виду, что соотношение денежных доходов и прожиточного минимума в Приморье было ниже, чем в целом по России: в 2003 г. — в 1,67 раза, в 2004 г. — в 1,56 раза [2]. При анализе данных о расходах населения на покупку продуктов питания по материалам выборочного социологического исследования бюджетов домашних хозяйств (по 10 группам населения) для первых 7 групп их удельный вес составлял от 54,3 до 46,5%. В целом при анализе структуры использования денежных доходов населения их доля, используемая на приобретение путевок в санатории, дома отдыха, туризм и медицинские услуги, составляла всего 0,9—1,2%, а основная часть уходила на покупку товаров и услуг, разнообразные платежи и взносы. Это подтверждается данными о сокращении за 2000—2004 гг. численности лиц, отдохнувших и получивших лечение в санаторно-курортных учреждениях края, на 29,8 тыс., в санаториях-профилакториях — на 19,6 тыс., в домах и пансионатах отдыха — на 9,7 тыс. человек [9].

Таким образом, одним из ведущих факторов, определяющих формирование у значительной части населения мотивационных установок на занятие своим здоровьем, участие в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий, является

повышение уровня жизни, стирание граней между богатыми и бедными и доступность для каждой группы мер, обеспечивающих снижение потерь человеко-лет активной жизни. В новых экономических условиях меняется роль здравоохранения, ее парадигма. Вместо прежней целевой направленности — борьбы с болезнями и их профилактикой — приходит новая: развитие и укрепление здоровья, улучшение качества жизни. Соответственно меняется позиционирование системы здравоохранения. На место парадигмы «сфера социального обслуживания» приходит осознание здравоохранения как «сферы обеспечения ресурсов социально-экономического развития и безопасности государства» [12].

В четвертых, необходимо развитие инфраструктуры учреждений ВМ, способной предоставить широким слоям населения разнообразные и доступные по стоимости услуги в области профилактики, лечения и реабилитации. В условиях развивающегося рынка охраны здоровья они строятся на основе принципов многоукладности собственности и конкуренции. На примере учреждений (организаций) инфраструктуры ВМ мы можем наблюдать переход от социально-демократической к либеральной макроэкономической модели здравоохранения, для которой характерно снижение государственных расходов, высокий удельный вес предприятий частной системы, адресность использования социальных трансфертов, снижение роли государственного сектора, рост экономической базы.

Многообразие учреждений ВМ определяется широтой решаемых задач и местом в системе мер в области оздоровления населения и реабилитации больных. Каждое из них занимает определенное место в 4-этапной системе организации деятельности [4]. На первом (валеолого-экологическом, или гигиеническом) и на втором (восстановление здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи) этапах решаются родственные задачи социальной (первичной) и медицинской (вторичной) профилактики. Центральными фигурами здесь являются участковый врач-терапевт, участковый врач-педиатр и врач общей (семейной) практики, которые работают в тесном контакте с гигиенистами, эпидемиологами, специалистами по медпрофилактике, восстановительной медицине, с экологами, психологами и др. Объектом их наблюдения становится каждый житель на врачебном участке. Особое внимание уделяется группам повышенного риска, а также лицам, страдающим важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Оценка их здоровья проводится ежегодно путем профилактических медосмотров с последующей коррекцией, а при необходимости — лечением и реабилитацией. Важными условиями повышения эффективности работы врачей и среднего медицинского персонала участковой службы или общеврачебной практики являются:

- внедрение в здравоохранение современных методов интегральной и посистемной оценки функциональных резервов человека (включая экспресс-методики)

с использованием технологий преморбидной диагностики, как основы для разработки индивидуальных и групповых программ профилактики и оздоровления;

- внедрение индивидуальных паспортов здоровья, опыт использования которых был накоплен еще в 70—80-е годы во время реализации программы всеобщей диспансеризации населения; бесспорно, что их применение должно осуществляться с помощью ИТ-технологий или мобильных носителей информации;
- привитие населению потребности и навыков поддержания здоровья и применения здоровьесберегающих технологий, повышения уровня индивидуальной и общественной культуры здоровья;
- широкое применение медицинских организационных технологий, позволяющих внедрять в практику оздоровительные и медицинские услуги с учетом требований доказательной медицины;
- создание условий для улучшения качества жизни хронических больных и инвалидов на основе применения программ реабилитации и восстановления имеющегося потенциала здоровья;
- информационная поддержка специалистов, повышение их компьютерной грамотности, оснащение офисов (кабинетов) электронной почтой и др. средствами приема и отправки информации;

Учитывая практику доплаты врачам и среднему медицинскому персоналу первичной медико-санитарной помощи, предусмотренной программой «Здоровье», очень важным является разработка и внедрение критериев качества и эффективности работы специалистов. Имеющийся у нас опыт позволяет использовать для этой цели модели конечных результатов, разработанные для специалистов первичной медико-санитарной помощи.

Особенностью этого этапа является самостоятельность человека при выборе методов и средств сохранения и восстановления здоровья, ограничение возможностей участкового врача (врача общей практики) или участковой медицинской сестры (медсестры общей врачебной практики) непосредственно влиять на процесс оздоровления, а также координация усилий отдельных специалистов. Основное средство воздействия — пропаганда, образовательная деятельность, направленные на формирование у человека определенных знаний и умений коррекции здоровья в условиях меняющейся социально-экономической, эколого-гигиенической и психоэмоциональной ситуации.

Восстановительное лечение при наличии у пациентов острых и хронических заболеваний направлено на повышение функциональных возможностей и резервов организма, его резистентности и на этой основе — восстановление потенциала жизнедеятельности и трудоспособности. Последнее осуществляется на базе отделений восстановительного лечения и реабилитации или дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений. Спектр методов и средств ВМ, применяемых при лечении отдельных заболеваний,

регламентируется стандартами (протоколами) лечения. Широкое использование природных и преформированных физических факторов (водо-, грязе-, тепло- и спелеолечение, массаж, механомануальная терапия, лечебная физкультура, аппаратная физиотерапия и др.), а также применение лечебно-оздоровительных рационов питания, фитотерапии, гомеопатических средств, лечебного голодания, психопрофилактики и психотерапии, биоэнергетических возможностей определяет необходимость включения в протоколы лечения таких методов и средств ВМ, которые обоснованы с позиции медицины, основанной на доказательствах.

При характеристике третьего этапа, предусматривающего восстановление здоровья в условиях стационара, необходимо обратить внимание на проведение реструктуризации ЛПУ с учетом этапности лечебно-диагностического процесса и на этой основе выделения больниц долечивания, восстановительного лечения и медико-социальной помощи, а также создание и использование ресурсосберегающих и высокотехнологичных корректирующих технологий [4]. В структуре коечного фонда, планируемого для реализации территориальной программы государственных гарантий, удельный вес этих коек планомерно сокращается. В то же время их число может увеличиваться за счет реализации программ добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг, особенно в местах наличия природных лечебных источников, являющихся естественной базой центров восстановительного лечения и реабилитации.

Четвертое направление — развитие санаторно-курортной помощи — осуществляется в рамках «Концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации», утвержденной решением коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11 от 24 июня 2003 г. [8] и является важнейшей составляющей реформирования здравоохранения как в целом в Российской Федерации, так и в ее отдельных регионах. Реализация данной концепции должна обеспечить восстановление и развитие системы государственного регулирования и координации курортного дела на федеральном и региональном уровнях [1, 4, 9]. В качестве приоритетных целевых установок предусматривается:

- развитие инфраструктуры санаторно-курортного комплекса на основе реализации рыночных механизмов с учетом спроса на санаторно-курортное лечение, оздоровление и реабилитацию в отдельных регионах;
- поддержка и реформирование государственного сектора санаторно-курортного комплекса с целью удовлетворения потребностей детей, малоимущих слоев и льготных категорий граждан в санаторно-курортной помощи;
- создание условий для привлечения отечественных и зарубежных инвесторов, способных обеспечить развитие санаторно-курортного комплекса в регионах Российской Федерации;

- рациональное использование имеющихся природных лечебных ресурсов, реализация программ санитарной охраны территорий, являющихся курортами, мониторинг состояния природной среды, лечебных и оздоравливающих факторов;
- широкое применение инновационных технологий для научного и материально-технического обеспечения санаторно-курортной помощи с учетом научных достижений и передового опыта;
- повышение качества и безопасности санаторно-курортных услуг, предоставляемых в рамках госзаказа или на потребительском рынке на основе использования критериев доказательной медицины;
- обеспечение преемственности в деятельности санаторно-курортных учреждений с медицинскими и другими учреждениями восстановительной медицины.

Литература

1. Гончаренко В.Л., Шляхов Д.Р. // *Здравоохранение*. — 1999. — № 10. — С. 21-25.
2. *Денежные доходы и расходы населения края за 2000—2004 гг.: официальное издание*, 2005.
3. Иванов Е.М. // *Тихоокеанский мед. журн.* — 1998. — № 1. — С. 31-36.
4. Каминский Ю.В., Шляхов В.М., Кривелевич Е.Б. // *Тихоокеанский мед. журн.* — 2001. — № 1. — С. 4—6.
5. Кобина С.А. // *Фармация*. — 1999. — № 5. — С. 20-23.
6. *Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в стране. Постановление Правительства РФ № 1387 от 5 ноября 1997 г.*
7. *О концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации* // *Решение коллегии Минздрава России № 12 от 25.06.2002 г.* — М., 2002.
8. *О концепции государственной политики развития курортного дела в Российской Федерации* // *Коллегия МЗ РФ: решение*. — *Протокол № 11 от 24.06.2003 г.*
9. *Приморский край: статистический сборник*. — Владивосток, 2005.
10. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. // *[Электронный ресурс] www.asvomed.ru/php/content.php.id=286*.
11. Разумов А.Н., Лимонов В.И. // *Санаторно-курортное дело*. — 2005. — № 4. — С. 3-7.
12. Филатов В.Б. // *Здоровье населения, политика и технологии развития здравоохранения*. — М., 2003. — С. 33-60.

Поступила в редакцию 24.11.05.

REHABILITATION MEDICINE - NEW APPROACHES TO THE POLITICS IN THE FIELD OF PUBLIC HEALTH

*Yu. V. Kaminsky, E. B. Krivilevich
Vladivostok State Medical University*

Summary — The review is devoted to rehabilitation medicine as a component of a new policy in the field of public health of the Russian Federation. Necessity of development of this direction is emphasized within the priority national project "Zdorov'e (Health)". Problems of the infrastructure development of rehabilitation medicine are discussed and especially its sanatorium part. The place of the medical rehabilitation centers in structure of pre-hospital and hospital medicine is determined, as well as the role of experts at the valeology-ecological and specialized stages.

Pacific Medical Journal, 2006, No. 2, p. 7-9.