

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ АКТУАЛЬНА ВСЕГДА**М.В. Шавелева**

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Иногда в рутине каждодневных дел теоретические вопросы общественного здоровья и здравоохранения кажутся нам далекими от практической работы. Вместе с тем анализ тенденций и условий формирования общественного здоровья приводит к принятию решений, оказывающих значительное влияние на организацию оказания медицинской помощи, деятельность каждого медицинского работника.

Сегодня как феноменальная воспринимается ситуация, когда подобный анализ привел к четкой переориентации акцентов деятельности медицинских работников всего мира. Документ, положивший начало этому процессу, – Алма-Атинская Декларация, которая в мировом масштабе «утвердила» приоритет первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Слово «утвердила» написано в кавычках, поскольку в мировом масштабе утвердить что-либо сложно, даже – невозможно. Однако Декларация появилась именно в то время, когда все государства в силу ряда причин (иногда очень разных) были близки к осознанию необходимости приоритетного развития ПМСП. Алма-Атинская Декларация – один из наиболее значимых проектов ВОЗ.

Данная статья – изложение личных взглядов автора на некоторые вопросы первичной медицинской помощи (термин в данном случае употреблен в соответствии с Законом Республики Беларусь «О здравоохранении») [1].

Неформальным поводом для написания статьи послужило высказывание шведского специалиста по экономике здравоохранения, который, характеризуя изменения, происшедшие в здравоохранении и состоянии здоровья населения Швеции в конце прошлого века, сказал: «Для нас Алма-Атинская Декларация – это то же самое, что Библия в здравоохранении» [3].

Возникают закономерные вопросы: Что особого было в этом документе? Что не позволило Советскому Союзу – стране, в которой и при непосредственном участии которой появилась Декларация, реализовать этот документ в полной мере и что позволило определенным государствам сделать после его принятия значимый рывок в достижении целого ряда показателей, позитивно характеризующих здоровье населения?

«Великая хартия здоровья» (второе название Алма-Атинской Декларации) была принята в 1978 г. Она определила первичную медико-

санитарную помощь как группу определяющих *ценностей* для развития здравоохранения, как группу *принципов* для организации служб здравоохранения и как ряд *подходов* для удовлетворения приоритетных потребностей здравоохранения и воздействия на фундаментальные детерминанты здоровья [2].

Появление Декларации привело в мировом масштабе к развитию движения за достижение здоровья для всех, поскольку «ПМСП – способ организовать медицинское обслуживание таким образом, который лучше всего обеспечивает... достижение равенства в уровне здоровья... удовлетворение других потребностей и ожиданий населения» [3].

Наверное, ответ на вопрос, что не позволило Советскому Союзу реализовать этот документ в полной мере, можно найти в докладе Генерального директора Всемирной организации здравоохранения М. Чан: «...подход почти сразу же был понят неправильно как решительная атака на медицинское учреждение... Его путали с уделением повышенного внимания исключительно помощи на первичном уровне. Для некоторых... этот подход представлялся не требующим больших затрат: бедная помощь для бедных людей, второсортное решение для развивающихся стран» [2].

Может быть именно это уничижительное мнение «бедная помощь» не позволило организаторам здравоохранения Советского Союза соединить воедино поиск оптимальных форм организации оказания медицинской помощи и приоритетность проблем здоровья и здравоохранения, решаемых на уровне ПМСП, и оценить их?

В этом же докладе говорилось, что Декларация никоим образом не противопоставляла профилактическую и лечебную работу, а также не требовала перераспределения ресурсов исключительно в пользу ПМСП: «предусматривалось рациональное инвестирование ресурсов в различные уровни помощи» [2]. В самой Декларации записано, что ПМСП «должна поддерживаться интегрированными, функциональными и взаимосвязанными системами консультативной помощи, направленными на прогрессивное улучшение всеобъемлющего медико-санитарного обеспечения всех...» [3].

Однако неготовность значительного числа организаторов здравоохранения бывшего

Советского Союза к определенной стагнации (от лат. *stagnare* – делаю неподвижным, останавливаю) показателей здоровья населения на фоне продолжающегося роста затрат на оказание медицинской помощи направила их усилия в первую очередь на поиск недостатков в организационных формах медицинского обеспечения населения. К сожалению, незаслуженно много негативных слов было высказано в адрес поликлиник и специалистов, работающих в них [4]. Да, эти недостатки были. Но они прежде всего результат экстенсивного развития здравоохранения, *острая необходимость* в котором *существовала* до определенного времени. Экстенсивное развитие здравоохранения (вне зависимости от формы его финансирования) имеет 2 характерные особенности. Первая – развитие происходит вне соизмерения затрат и результатов. При этом оно (вторая особенность) сопровождается патерналистским отношением к здоровью и жизни человека (лат. *paternus* – отцовский, отеческий: система отношений, основанная на покровительстве, опеке и контроле старшими младших (подопечных)), что приняло гипертрофированные формы и размеры в Советском Союзе. Увеличение количества коек, врачей, проведение массовых профилактических мероприятий, направленных в первую очередь на предупреждение распространения инфекционных заболеваний, все это не требует большой активности со стороны населения. Закономерно, что в определенный момент возможности стратегии экстенсивного развития здравоохранения оказались исчерпанными. Таким образом, советское общество столкнулось с ситуацией, когда на фоне значительных объемных показателей деятельности системы здравоохранения и низкой заинтересованности населения в сохранении своего здоровья начало регистрироваться ухудшение показателей состояния здоровья. Самым «неблагоприятным» с этой точки зрения был 1984 г. [4]. Знаменитая «горбачевская» антиалкогольная компания, совпавшая с первыми попытками активного реформирования советского здравоохранения через новый хозяйственный механизм, привела к определенному улучшению показателей здоровья. Но из-за целого ряда социальных потрясений достигнутые успехи не были закреплены.

Отвечая на вопрос о позитивном движении государств в достижении показателей здоровья населения, необходимо заметить, что Алма-Атинская Декларация действительно явилась ответом на вызовы середины прошлого века.

В 50–60-х гг. произошло существенное изменение характера патологии – от эпидемического к неэпидемическому типу, когда решающую роль в заболеваемости и смертности стали играть неинфекционные заболевания.

Анализируя данный процесс, А. Омран в 1971 г. сформулировал концепцию «эпидемиологического перехода» (ЭП) [4]. В современном понимании эпидемиологический переход – переход популяции от высокой смертности и высокой рождаемости к низкой смертности и низкой рождаемости и от смертности от инфекций к смертности от хронических болезней [5]. ЭП состоит из 4 этапов (периодов) [4]:

1. Период эпидемий и голода, когда смертность находится на высоком (очень высоком) уровне, средняя продолжительность жизни – низким.

2. Период снижающейся пандемии, который характеризуется снижением смертности, темпы снижения которой ускоряются по мере снижения частоты эпидемий. Средняя продолжительность жизни неуклонно возрастает с 30 до 50 лет.

3. Период дегенеративных (сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, последствия травм и пр.) и профессиональных заболеваний, характеризующийся дальнейшим снижением смертности, которая стабилизируется на сравнительно низком уровне. Инфекционные заболевания находятся на контролируемом уровне; структура причин и время наступления смерти претерпевают значительные изменения; продолжительность жизни населения превышает 60 лет.

4. Период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний – значимыми остаются те же заболевания, которые определяли третью стадию, но смерть от них наступает в более старшем возрасте. В молодом возрасте регистрируется очень низкий уровень смертности, а в пожилом – ее быстрое снижение. Смертность начинает массово регистрироваться в самых старших возрастных группах. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении увеличивается, хотя темпы этого процесса замедляются.

Основные факторы (детерминанты), определяющие процесс ЭП, А. Омран объединил в 3 группы:

1. Экобиологические детерминанты, которые определяются резистентностью человеческого организма, его взаимодействием с возбудителем заболевания и (или) условиями внешней среды.

2. Социально-экономические, политические и культурные детерминанты.

3. Медицинские детерминанты и детерминанты в области общественного здравоохранения, которые включают мероприятия профилактического и лечебного характера.

На первом этапе эпидемиологического перехода смертность в основном зависела от экобиологических факторов, на втором, который начался в Европе в конце XVIII в., все более значимой становилась вторая группа детерминант.

Третий этап ЭП начался в 30-е гг. прошлого века. В это время, в том числе благодаря открытию антибиотиков, было взято под контроль значительное число инфекционных заболеваний. Соответственно, большая роль отводилась организационно-медицинским мероприятиям, направленным на изоляцию и лечение больного. Это предусматривало увеличение количества коек, врачей и пр. Таким образом, с началом третьего этапа ЭП значимость медицинской детерминанты в определенной мере возросла.

Однако вслед за успехами, обусловленными «искоренением» инфекционных заболеваний, уже в 60-е гг. в экономически развитых странах была отмечена определенная стагнация показателей здоровья населения. Зарегистрирован определенный рост смертности на фоне изменения структуры ее причин: дегенеративные заболевания полностью вступали «в свои права». Медицинская детерминанта, основывающаяся на экстенсивном пути развития, стремительно теряла свою значимость. Третий этап ЭП для многих стран подошел к концу.

Таким образом, появление Алма-Атинской Декларации произошло на фоне значительных медико-социальных изменений. Это были действительно вызовы того времени, требующие адекватного ответа.

Алма-Атинская Декларация определила, что ПМСП составляет «неотъемлемую часть... социально-экономического развития общества». Первое из 7 положений, определяющих ПМСП, гласило, что этот вид помощи «отражает и развивается в соответствии с экономическими условиями и характерными социально-культурными и политическими чертами страны и ее общин, развивается и базируется на применении соответствующих результатов социальных, медико-биологических и организационных научных исследований медико-санитарных служб, а также опыта общественного здравоохранения» [6]. Другими словами, принятый документ был «нацелен на решение основных медико-санитарных проблем» [6] и не требовал императивного изменения сложившихся организационных форм оказания медицинской помощи (или отказа от

них). Среди основных составляющих ПМСП Декларация в первую очередь выделила «просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения...». Вслед за просвещением перечислялись: рациональное питание, качественное водоснабжение, иммунизация, лечение распространенных заболеваний и травм и т. п.

В итоге после принятия Декларации кристаллизировались 2 основные (дополняющие друг друга) концепции развития систем охраны здоровья. Первая – итог завершения экстенсивного развития здравоохранения – связана с необходимостью повышения эффективности деятельности его систем, направлена на соизмерение результатов с затратами. Процесс поиска путей и средств решения этой задачи продолжается до сих пор. Нередко в различных государствах он проходит по-разному.

Вторая концепция (концепция факторов риска) базируется на признании того, что здоровье зависит не столько от здравоохранения, сколько от образа и условий жизни людей. В итоге здравоохранение ряда государств разработало ряд простейших, но весьма универсальных эффективных стратегий, в основе которых – концепция факторов риска и принцип индивидуальной ответственности за собственное здоровье. По сути, появился новый тип профилактики, основанный на инициативе населения, поскольку расходы на четвертый этап эпидемиологического перехода с массой дегенеративных заболеваний не смогло бы (и не может в действительности) осилить ни одно государство. Государство, средства массовой информации, учреждения образования были привлечены к объяснению значимости поведенческих факторов риска, массированная реклама попыталась распространить на широкие слои населения принципы здорового образа жизни и индивидуальной ответственности за собственное здоровье [5]. На первый план вышел не массовый пациент с угрозой смерти от эпидемий инфекционных заболеваний, а конкретный человек с конкретной патологией. Предложенные подходы в определенной мере совпадали с положениями концепции *человеческого капитала*, выдвинутой Г. Беккером [7].

Через 30 лет после принятия Алма-Атинской Декларации был опубликован доклад ВОЗ с красноречивым названием: «Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо» [3]. 35 лет, прошедшие после принятия Алма-Атинской Декларации, убедительно доказали, что первичная медицинская помощь будет актуальна всегда.

ЛИТЕРАТУРА

1. О здравоохранении: Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII: в ред. от 10 июля 2012 г. № 426-3 // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «Юр-Спектр». Минск, 1992–2013.
2. Чан М. Возвращение к Алма-Ате [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://who.int/dg/20080915/ru/index.html>. Дата доступа: 03.03.2013.
3. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. WHO Press, World Health Organization. 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. 125 с.
4. Семенова В.Г. Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП, 2005. 235 с.
5. Власов В. Словарь основных эпидемиологических терминов // Международный журнал медицинской практики. 2005; 1: 75–78 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.mediasphera.ru/mjmp/2005/1/75.pdf>. Дата доступа: 03.03.2013.
6. Алма-Атинская Декларация. WHO Press, World Health Organization, 1978. 8 с.
7. Шавелева М.В., Глинская Т.Н. Исторические аспекты становления приоритетов систем здравоохранения // Современные подходы к продвижению здоровья: материалы III Междунар. научн.-практ. конф. Гомель: ГомГМУ, 2010. Вып. 3. С. 133–134.

Поступила 15.04.2013