

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Н.Г.Гвоздь, С.И.Антипова, И.В.Малахова, И.И.Новик

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Охарактеризована существующая нормативно-правовая база, проанализированы подходы к диспансеризации в России и Беларуси. Представлены результаты осмотров населения в регионах республики в 2008 г. Выделены направления совершенствования процесса диспансеризации и повышения ее качества.

Диспансеризация – это научно обоснованная система профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья населения, включающая медицинский осмотр и проведение ряда исследований, позволяющих оценить состояние здоровья каждого осмотренного, выявить возможные факторы риска социально значимых заболеваний или определенное заболевание, разработать комплекс необходимых в каждом конкретном случае медицинских и социальных мероприятий, а также персональные схемы динамического наблюдения и оздоровления.

Диспансеризация в СССР началась в 20–30-е годы прошлого века для предотвращения социально значимых болезней (туберкулез, венерические, психические болезни) и охраны здоровья матери и ребенка. Затем осуществлялись попытки диспансеризации рабочих промышленных предприятий и массовых осмотров населения. В 1940–е годы проводилась диспансеризация инвалидов Великой Отечественной войны; в 1950-е годы – начато наблюдение за больными, имеющими некоторые хронические заболевания, диспансеризация сельского населения. В 1980-е годы осуществлен переход от диспансеризации отдельных контингентов к ежегодной диспансеризации всего населения с целью охраны здоровья здоровых (приказ МЗ СССР от 30.05.1986 г. №770 "О порядке проведения диспансеризации населения"). Масштабности замыслов этого приказа препятствовали недостаточные мощности лечебно-профилактических организаций, низкая медицинская культура населения, в силу чего всеобщая диспансеризация оказалась в то время нереальной [1].

Как отдельный этап в развитии диспансеризации можно выделить диспансерное наблюдение за населением, подвергшимся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Следует отметить, что при развитии суверенных государств на постсоветском пространстве в

сложных социально-экономических условиях проблемы профилактической медицины были отодвинуты на второй план, в том числе и в нашей стране.

Анализ организации медицинского обслуживания позволяет сделать вывод, что развитой системы диспансеризации в зарубежных странах, как с государственной, так и с частной и смешанной системами здравоохранения, практически не имеется. Например, система здравоохранения в США с самой высокотехнологичной и дорогостоящей медициной в мире не всегда может обеспечить своим пациентам профилактические услуги, рекомендуемые службами здравоохранения. 74% американцев утверждают, что они получают услуги профилактического здравоохранения на уровне, значительно ниже рекомендуемого государственными консультативными комитетами.

В ряде европейских стран речь скорее идет об отдельных компонентах диспансеризации – о выявлении рака у пациентов врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь; оказании ими помощи хроническим больным для предотвращения осложнений и с целью снижения затрат на их последующее лечение [2–14].

В России возобновление диспансерных осмотров позволило привлечь к обследованию лиц, которые длительно не обращались в лечебно-профилактические учреждения. Нормативные акты Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации делают акцент на дополнительную диспансеризацию, которой подлежат работающие граждане в возрасте от 35 до 56 лет, а также граждане, работающие в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях.

В соответствии с нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития Российской Федерации разрабатываются региональные норматив-

ные акты по проведению диспансеризации. Примером может служить правительство Москвы, где программа диспансеризации населения была составлена как комплексная, состоящая из 7 подпрограмм (диспансеризация детей, подростков, диспансеризация взрослого населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний молочных желез и шейки матки у женщин, заболеваний предстательной железы у мужчин, а также туберкулеза среди всех категорий населения) [15].

В Санкт-Петербурге в результате дополнительной диспансеризации работников государственных и муниципальных учреждений образования, культуры, здравоохранения, соцзащиты, физической культуры и спорта, научно-исследовательских учреждений в среднем на каждого осмотренного пришлось по $2,79 \pm 0,05$ выявленных заболеваний. У женщин выявили в 1,5 раза больше заболеваний, чем у мужчин ($2,93 \pm 0,05$ и $1,98 \pm 0,12$ соответственно). 28,6% всех обследованных были отнесены к первой группе здоровья, 53% – ко второй и 18% – к третьей группе.

В начале XXI века в Республике Беларусь проблема профилактической медицины встала во главу угла в силу роста заболеваемости населения и высокой смертности от хронических инфекционных заболеваний и была возведена в ранг национальной политики по сохранению и укреплению здоровья народа [16].

В настоящее время в нашей стране создана нормативная правовая база для проведения диспансеризации населения. Профилактическое направление здравоохранения закреплено Законом Республики Беларусь "О здравоохранении" и другими законодательными актами, которые включают в себя проведение широких санитарно-гигиенических (охрана окружающей среды, оздоровление условий труда и быта), противоэпидемических мер (обеспечение эпидемического благополучия, предупреждение и борьба с эпидемиями и инфекционными заболеваниями), а также осуществление мероприятий по улучшению гигиенического воспитания населения, дальнейшее внедрение здорового образа жизни, физической культуры и спорта.

В Законе Республики Беларусь "О здравоохранении" профилактика определена как комплекс медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний, основанный на личной заинтересованности пациента.

Статья 42 данного закона обязывает пациента заботиться о собственном здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреп-

лению и восстановлению; выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи [17].

Обследование отдельных контингентов населения (обязательных контингентов, контингентов периодических осмотров, ликвидаторов и населения, пострадавшего вследствие катастрофы на ЧАЭС, беременных, детей и др.) также регламентировано соответствующими нормативными документами Министерства здравоохранения Республики Беларусь [18].

Вопросы профилактики получили дальнейшее развитие в Президентской, Национальной и государственных программах в области охраны здоровья. Например, в Национальной программе демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы поставлена задача проведения дифференцированной диспансеризации путем скрининга в возрастных группах с учетом факторов риска, ожидаемыми результатами реализации которой должно стать снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 10% и снижение заболеваемости трудоспособного населения на 10% [19].

Организация диспансерного наблюдения населения Беларуси регламентирована постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. №92, которым утверждена Инструкция о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь. В этом нормативном документе порядок организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь определен как система медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина Республики Беларусь. Данная система медицинских мероприятий включает: диспансерный осмотр; диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья; пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Согласно Инструкции, диспансерный осмотр выполняется в объеме исследований, определенных для каждой возрастной группы взрослого населения, а именно:

18–29 лет – измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови (по показаниям), флюорография, осмотр врача-гинеколога и молочных желез (женщины);

30–39 лет – измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза и холестерин крови (по показаниям), ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), флюорография;

40 лет и старше – измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови, оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), исследование предстательной железы (мужчины), флюорография.

Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.01.2008 г. №53 "Об организации работы отделения профилактики поликлиники" утверждено примерное положение об отделении профилактики поликлиники, определены его основные задачи – организация и проведение медицинских профилактических осмотров, подготовка отчетности о ходе их проведения.

Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у), карте учета диспансерного наблюдения.

С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения определяется принадлежность гражданина к группе диспансерного динамического наблюдения:

Д (I) – здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций отдельных органов и систем организма, а также имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) – практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний;

Д (III) – граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности, кратность диспансерных осмотров которым определяется в соответствии с примерной схемой диспансерного динамического наблюдения согласно приложению к указанной выше Инструкции.

Из группы диспансерного динамического наблюдения Д (III) выделяют граждан:

не имеющих группу инвалидности по заболеванию – Д (III)а;

имеющих группу инвалидности по заболеванию – Д (III)б.

В каждой группе диспансерного динамического наблюдения учитываются граждане с факторами риска возникновения определенных заболеваний или обострения имеющегося хронического заболевания.

Для граждан, состоящих в группе диспансерного динамического наблюдения Д (II), врачом отделения (кабинета) профилактики составляется индивидуальная программа профилактики развития заболеваний при наличии факторов риска.

Приводится примерная схема диспансерного динамического наблюдения за больными, состоящими в группе Д (II) и Д (III). То есть, в нормативном документе дается полная схема диспансерного наблюдения за больными всеми хроническими заболеваниями.

Сравнивая подходы к диспансеризации в России и Беларуси, можно отметить, что в России диспансеризация введена как дополнительное мероприятие по осмотру граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях, на ее проведение выделяется дополнительное финансирование. В Беларуси поставлена задача достичь наивысшего качества диспансеризации в пределах доступных ресурсов.

В Беларуси в нормативный документ по диспансеризации (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. №92) включены схемы периодических диспансерных осмотров при хронических и острых заболеваниях, требующих диспансерного наблюдения с целью профилактики хронизации процесса. В России же основной целью диспансеризации является выявление заболеваний, а дальнейшее лечение и наблюдение за больными, очевидно, осуществляется в условиях обязательного медицинского страхования.

В нашей стране применяется общепринятая система проведения медицинских осмотров населения. В соответствии с жалобами пациента, его анамнезом, условиями жизни и труда, наследственными факторами, лабораторными данными, данными осмотра проводятся (или не проводятся) дальнейшие дополнительные исследования с целью выявления заболеваний.

Основными задачами ежегодных осмотров являются не только осмотры обратившихся, но и привлечение к осмотрам той части населения, которая в силу своего удовлетворительного самочувствия не обращалась за медицинской помощью

более одного года (иногда до 3–5 лет). Как правило, это лица молодого возраста, часто не критически относящиеся к своему здоровью.

Например, анализ осмотров, проведенных в поликлинике №25 г. Минска в 2002–2004 гг., выявил, что около 18% взрослого населения, обслуживаемого поликлиникой (около 80 тыс.), в течение года не обращались в поликлинику.

В 2008 году, прошедшем как Год здоровья, первоочередной задачей системы здравоохранения являлась активизация комплекса профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска, воспитание у населения навыков здорового образа жизни. С этой целью во всех организациях здравоохранения областей и г. Минска отработана система выявления факторов риска развития социально значимых неинфекционных заболеваний, активизирована работа по пропаганде здорового образа жизни. В поликлиниках открыты диспансерные кабинеты, отделения профилактики укомплектованы необходимым оборудованием, разработаны алгоритмы диспансеризации пациентов, впервые обратившихся в поликлинику в течение года. Во всех организациях здравоохранения имеются планы-графики диспансерных осмотров населения участковыми врачами-терапевтами и врачами-специалистами.

Активизирована работа среднего медперсонала в проведении диспансерных осмотров и контроля за своевременностью выполнения рекомендованных оздоровительных мероприятий.

Отработана схема взаимодействия между организациями здравоохранения различных уровней по передаче информации о проведении диспансерных осмотров (фельдшерско-акушерский

пункт – амбулатория – поликлиника – стационар) в целях распределения обязанностей между средним медработником и врачом и исключения дублирования обследований и медицинской документации.

Укреплен кадровый состав врачей и, в большей степени, средних медицинских работников; пересмотрены функциональные обязанности медперсонала.

Все детское население республики, ветераны Великой Отечественной войны, население, пострадавшее в результате аварии на Чернобыльской АЭС, в 100% случаев охвачены диспансерным наблюдением. Проведение углубленных медицинских осмотров граждан организовано в стационарных учреждениях социального обслуживания.

На конец 2008 г. диспансерными осмотрами в Республике Беларусь были охвачены 8020591 человек (98,8% взрослого населения) (табл.).

Выявление ранее не регистрировавшихся заболеваний у осмотренных составило в целом по Беларуси 47,5%.

К диспансерной группе Д (I) отнесено в среднем по республике 19,9%. В Могилевской и Витебской областях этот показатель наиболее высокий (29,9% и 25,0% соответственно), самый низкий – в г. Минске (15,0%).

Диспансерная группа Д (II) представлена в целом 34,6% осмотренных, наиболее высокий удельный вес ее в Витебской области и г. Минске, самый низкий – в Гродненской области.

Группа Д (III) (граждане, имеющие хронические заболевания) составила в целом по республике 45,5%, наибольший показатель – в Гродненской (53%), Гомельской (49,7%) и Минской

Таблица

Результаты осмотров населения в регионах республики в 2008 г.

Регион	Количество населения	Осмотрено, %	Отнесено в группы диспансерного наблюдения, %			Первичная заболеваемость на 1000 осмотренных	Пораженность хроническими заболеваниями на 1000 осмотренных	Процент сельских жителей среди взрослого населения	Процент отказавшихся от диспансерного наблюдения
			Д 1	Д 2	Д 3				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
г. Минск	1449972	98,4	15,0	37,8	47,2	400,0	472,0	0	0,2
Брестская обл.	1135384	98,9	17,6	36,8	45,6	523,7	456,2	35,7	0,7
Витебская обл.	1268843	99,0	25,0	38,3	36,7	533,7	366,9	28,5	0,2
Гомельская обл.	1182771	99,3	17,4	32,9	49,7	316,2	496,9	28,5	0,3
Гродненская обл.	889318	97,8	17,8	29,2	53,0	440,7	529,8	32,8	0,3
Минская обл.	1186888	98,7	19,0	33,5	47,4	506,0	474,4	45,2	0,2
Могилевская обл.	907415	99,3	29,9	30,3	39,9	221,7	398,9	25,3	0,2
Беларусь	8020591	98,8	19,9	34,6	45,5	475,2	455,2	26,9	0,3

(47,4%) областях и г. Минске (47,2%), наименьший – в Витебской (36,7%) и Могилевской (39,9%) областях.

Для каждого пациента групп Д (II) и Д (III) разработаны программа лечения, реабилитации, а также комплекс профилактических мер, направленных на борьбу с факторами риска.

Число отказавшихся от диспансерного наблюдения – 22731 чел. (0,3% из числа осматриваемых). Наибольшее число отказавшихся отмечено в Брестской области (0,7%).

Один из положительных итогов диспансерных осмотров населения республики – привлечение к осмотрам тех, кто не обращался в лечебно-профилактические организации более года.

Для создания системы мотивации формирования у населения здорового образа жизни в соответствии с документами ВОЗ необходима консолидация усилий заинтересованных министерств и ведомств, т.е. межсекторальный подход [20, 21]. Поэтому на заседаниях администраций регионов и г. Минска рассматривались вопросы организации проведения информационной и агитационной работы в трудовых коллективах с целью привлечения работников к прохождению диспансеризации. Проведение диспансеризации находится на особом контроле органов управления здравоохранением, исполнительной власти, работодателей.

Для совершенствования диспансеризации населения специалистами Министерства здравоохранения, управлений здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению г. Минска проводились методические семинары с медицинским персоналом по вопросам организации профилактических осмотров и диспансерного динамического наблюдения взрослого населения с принятием зачета. Вопросы диспансеризации заслушиваются на коллегиях, совещаниях в органах исполнительной власти. Налажено взаимодействие с ведомственными организациями здравоохранения. Выборочно на промышленных предприятиях и в других организациях проводятся акции по вопросам здорового образа жизни и роли диспансеризации в профилактике социально значимых заболеваний. Используются выезд-

ные формы проведения профилактических осмотров.

Доступ населения к необходимой и актуальной информации о здоровье обеспечивается выступлениями медицинских работников в СМИ. В периодических изданиях создан ряд постоянных рубрик, посвященных здоровью, вопросы пропаганды здорового образа жизни находят свое отражение в теле- и радиопрограммах.

Вышеперечисленные мероприятия вносят значительный вклад в улучшение качества оказания медицинской помощи, что, в конечном итоге, способствует улучшению медико-демографических показателей в нашей стране.

В ближайшей перспективе необходимо исключить формализм, постоянно повышать качество проводимой диспансеризации и профилактики выявленных заболеваний с целью предотвращения инвалидизации и смертности населения, особенно лиц трудоспособного возраста.

Таким образом, можно выделить следующие направления совершенствования диспансеризации и повышения ее качества:

непрерывное повышение квалификации участковых врачей и сестринского персонала по вопросам диспансеризации, профилактики, восстановительных методов лечения и оздоровительных мероприятий;

введение методов стимулирования врачей за успешное выполнение профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации;

улучшение технического обеспечения диспансеризации (внедрение информационных технологий);

совершенствование взаимосвязи участковых врачей и врачей узких специальностей;

совершенствование информационного, организационно-методического обеспечения участковых врачей по вопросам диспансеризации;

оптимизация количества (кратности) осмотров врачами-специалистами при проведении динамического диспансерного наблюдения;

совершенствование нормативной правовой базы, регламентирующей вопросы профилактических, обязательных медицинских осмотров, проведения диспансеризации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Новгородцев Г.А., Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Диспансеризация населения в СССР: состояние и перспективы. 2-е изд. – М.: Медицина, 1984. – 336 с.
2. Ялландер О., Ненонен М. Статистика по социальному обеспечению и здравоохранению Финляндии (<http://www.depart.drugreg.ru/lacis/WORK/dpa.htm>).
3. Браунли Ш. Здравоохранение. Давайте посчитаем // Здравоохранение за рубежом. – 2007. – №2. – С.18–23.
4. Shia L., Macinkob J., Starfield B., Politzers R., Xua J. Primary care, race, and mortality in US states // Международный журнал медицинской практики. – 2005. – №4. – С.66.

5. Финансовая система здравоохранения Канады // Финансы здравоохранения. – 2006. – №4. – С.50–52.
6. *Норежан М.С.* Реформирование системы здравоохранения ФРГ: проблемы и пути решения // Главврач. – 2006. – №8. – С.96–101.
7. Реформа здравоохранения Германии: больше личной ответственности // Финансы здравоохранения. – 2006. – №4. – С.49–50.
8. По материалам Medical Information Group (<http://www.health-ua.com/news/956>). Новости медицины. 10.08.2005. (Источник: ВМЖ 2005;331:208–10).
9. Медицинское страхование в Голландии (<http://www.rosmedstrah.ru>).
10. Здравоохранение стран Азии: достижения и проблемы. Чем полезен России опыт, накопленный в Азиатско-Тихоокеанском регионе // Фармацевтический вестник. – 2006. – №26.
11. *Гурина Н.А.* Норвегия. Люди. Здравоохранение // Российский семейный врач. – 2002. – №1. – С.24–28.
12. *Климова Н.Б., Зайцева А.Л., Бреев П.В.* Национальная система здравоохранения Франции. Организация и источники финансирования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. – 2002. – №5. – С.4–7.
13. *Грищенко Р.В., Слостных Е.И.* О реформах системы здравоохранения во Франции // Здравоохранение. – 2005. – №9. – С.39–43.
14. *Линг Т.* Состояние и перспективы развития системы здравоохранения в Великобритании // Главврач. – №XI. – С.45–48.
15. *Вишняков Н.И., Алексеева Л.А., Чистякова Е.В.* Задачи и перспективы возобновления диспансеризации населения в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – №6. – С.70–73.
16. Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы.
17. Закон Республики Беларусь "О здравоохранении".
18. www.minzdrav.by
19. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы.
20. *Вартамян Ф.Е., Рожецкая С.В.* Влияние экономических параметров на развитие здравоохранения США // Здравоохранение. – 2004. – №10. – С.83–90.
21. *Ричардсон М.* Задачи управления в области здравоохранения. – Academic Press, Inc., 1994. – V.23. – P.284–291.

Поступила 12.01.2009 г.

Подписка по каталогу РО «Белпочта» производится во всех отделениях связи и пунктах подписки Беларуси

Не забудьте подписаться!

Бюллетень

«Вопросы организации и информатизации здравоохранения»

— наиболее полное специализированное периодическое информационное аналитическое и реферативное издание в республике, предназначенное **для руководителей здравоохранения всех уровней**. В бюллетене публикуются обзоры и статьи по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, информатизации здравоохранения, статистические данные о медико-демографической ситуации в республике и за рубежом, а также директивная и нормативная информация.

**Подписные индексы: 74855 — для индивидуальных подписчиков
748552 — ведомственная подписка**

Периодичность выпуска — 1 раз в квартал
Издательская цена 1-го номера бюллетеня в I полугодии 2009 г. (без НДС):
для индивидуальных подписчиков — 11000 руб.,
ведомственная подписка — 21000 руб.