

## СИСТЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США

*М.В. Широкова*

Кафедра иностранных языков БелГУ

Проблема здоровья и повышения уровня здоровья населения занимает основную позицию во всем мире. Для российских специалистов особый интерес вызывает американская система здравоохранения. В США на протяжении десятилетий разрабатываются и реализуются новые направления в реформировании системы здравоохранения. Отношение к здоровью как к фактору первостепенной социальной значимости, диктуется самой жизнью индустриально развитого общества США. На повестку дня выносятся широкий круг вопросов реформирования здравоохранения, определения стратегических ориентиров в решении проблемы выживания и благополучия нации. М. Ричардсон, профессор университета им. Вашингтона отмечает: «Новая» система, создаваемая в настоящее время, по-прежнему финансируется преимущественно через страхование и предполагает ограниченную роль правительства, причем большая часть услуг предоставляется через управляемые структуры, конкуренция же на рынке здравоохранения возрастает. Часть этих изменений осуществляется при участии политиков, заинтересованных в контроле за эскалацией цен и расширении охвата населения медицинскими услугами. Но руководящая роль принадлежит рынку, и в процессе происходящих изменений становятся все более точными и разносторонними механизмы измерения и оценки результатов функционирования системы здравоохранения». Здравоохранение США составляет шестую часть народного хозяйства и интенсивно развивается. Изменения, называемые реформой здравоохранения, перестраивают эту отрасль таким образом, чтобы улучшалось благосостояние и здоровье всего народа. Целью общественного здравоохранения является забота о здоровье групп людей, населения в целом. Система общественного здравоохранения США в действительности представляет собой конгломерат постановлений и инструкций на

государственном уровне и федеральных структур и администраций.

Система общественного здравоохранения США возникла в результате эволюции системы предоставления медицинских услуг. Историческое развитие инфраструктуры общественного здравоохранения в городах, округах, штатах и на общегосударственном уровне было длительным и весьма интенсивным. Каждый из 50 штатов США имеет свои собственные требования к отчетности по заболеваниям. Каждый штат отвечает за чистоту воды на своей территории и соблюдение правил санитарии. Для многих областей общественного здравоохранения существуют рекомендации и инструкции федеральных властей. В связи с тем, что федеральные деньги часто идут на поддержку деятельности штата в области здравоохранения и местных его учреждений, федеральные стандарты крайне важны.

В 1988 г. Институт медицины (престижный институт, в котором работают крупнейшие ученые в области медицины и здравоохранения) провел исследование системы общественного здравоохранения США. Отчет о двухлетней научной работе заставил во многом изменить представление об общественном здравоохранении и его функциях. Научный комитет института отметил различия в уровне предоставляемых медицинских услуг по регионам, отражающие отсутствие единого мнения относительно миссии общественного здравоохранения в стране. Другими словами, в общественном здравоохранении недоставало объединяющей концепции, с помощью которой можно было бы оценить результативность работы с различными категориями населения США. Исследователь А.М. Кимболл отмечает: «У системы общественного здравоохранения всегда были разногласия с системой частной медицинской практики и частным предоставлением медицинских услуг отдельным пациентам. Врачи, обслуживающие пациентов, часто выражали подозрение и недоверие к мо-

тивам действий своих коллег из системы общественного здравоохранения. Такое недоверие подрывало основы взаимодействия между частной и общественной медициной в такой важной области, как иммунизация». Комитет определил три «центральные функции» общественного здравоохранения, которые должны выполняться всеми государственными организациями. Таковыми являются:

1. *Оценка.* Комитет рекомендовал, чтобы каждая организация здравоохранения регулярно и систематически собирала, обобщала, анализировала и предоставляла информацию о состоянии здоровья населения, включая сведения о потребностях местного населения, эпидемиологических и других исследованиях в области здравоохранения.

2. *Выработка политики.* Комитет рекомендовал каждому учреждению общественного здравоохранения, исходя из общественных интересов разрабатывать комплексную политику принятия решений на основе научных данных, и, прежде всего, политику в области охраны здоровья индейского населения. Медицинские учреждения должны осуществлять стратегический подход, основанный на положительной оценке демократических процессов.

3. *Гарантии.* Комитет рекомендовал учреждениям общественного здравоохранения дать гарантии избирателям, что услуги, необходимые для достижения согласованных целей, будут предоставляться либо путем поддерживающих действий других организаций (частных или общественных), в соответствии с имеющимися инструкциями, либо непосредственно. Предполагается, что каждая организация общественного здравоохранения будет привлекать ведущих политиков и общественных деятелей к определению перечней первоочередных услуг; гарантируемых правительством каждому члену общества. Отчет сыграл важную роль в формировании новой перспективы общественного здравоохранения. Для того чтобы понять эти значительные изменения, будет очень поучительно рассмотреть современную практику общественного здравоохранения на местном уровне, уровнях штата и всего государства.

Местный уровень. В большинстве штатов действует юрисдикция и городов, и округов. Исключение составляют штаты Массачусетс, Аляска и Гавайи, в которых по историческим причинам нет окружных правительственных структур. На местном уровне департаменты здравоохранения традиционно отвечали за профилактические меры в самом широком смысле. В течение последних 30 лет увеличение федерального финансирования именных программ оказывает значительное влияние на деятельность департаментов здравоохранения округов. С появлением государственных программ «Медикэйд» и «Медикэр» округа начали предоставлять индивидуально подобранные медицинские услуги, такие как планирование семьи, уход за детьми и лечение инфекционных болезней, например передающихся половым путем. Округа долгое время предоставляли «последнее утешение» бедному населению. При новых механизмах финансирования округа могут оплачивать часть этих услуг из фондов федеральных компенсационных программ.

Уровень штатов. Штаты осуществляют свою заботу об охране здоровья населения через организации здравоохранения, экологические, социальные службы и учреждения, занимающиеся профессиональными заболеваниями. Они выдают лицензии врачам, медсестрам и другим медикам-практикам и определяют критерии такого лицензирования. Соответствующие агентства штатов разрабатывают рекомендации в областях экологии и здравоохранения, которым должны следовать округа. По мнению Института медицины, штаты играют основную роль в формировании политики общественного здравоохранения и, несомненно, должны быть в нем центральным звеном. Они несут основную ответственность за общественный сектор здравоохранения. В обязанности штатов входят: 1) оценка потребностей здравоохранения; 2) обеспечение соответствующей законодательной базы для деятельности системы здравоохранения; 3) определение целей развития этой сферы, общих для всего штата; 4) обеспечение гарантированного минимума наиболее важных услуг; 5) поддержка деятельности местных медицинских служб. Программы штатов формируются

также с учетом государственных приоритетов. Федеральные организации, такие как Департамент здравоохранения и гуманитарных служб, выделяют первоочередные потребности и обеспечивают финансирование штатов для их удовлетворения.

Федеральный уровень. Так сложилось исторически, что федеральный правительственный уровень был первичным двигателем в эволюции общественного здравоохранения. Это было обусловлено опасением переноса болезней из штата в штат и из страны в страну. Политика здравоохранения определяется тремя ветвями федеральной власти. Конгресс подготовил и утвердил законы, по которым созданы федеральные органы управления, занимающиеся именованными программами, включая «Медикэйд» (медицинское обслуживание неимущих) и «Медикэр» (финансирование медицинских услуг пожилым людям, слепым и недееспособным детям). Тем временем, исполнительная власть следует своему плану содействия здравоохранению, поддерживая отдельные организации и программы. Судебная ветвь играет все более важную роль в здравоохранении благодаря таким акциям, как легализация абортов, и решению проблем практики страхования, дискриминации инвалидов, охраны права на тайну личной жизни и т.д. Отчет Института медицины возлагает на федеральное правительство ответственность за развитие научных исследований. Так, Департамент здравоохранения и гуманитарных служб финансирует большую часть исследований в области здравоохранения, начиная с биомедицинских исследований (через национальные институты здравоохранения) до прикладных исследований по эпидемиологии (через центры контроля над заболеваниями и Агентство по политике в здравоохранении и научным исследованиям).

Система общественного здравоохранения — это система общественного сектора, т.е. она финансируется и управляется на общественной основе, когда на общую пользу расходуются общие ресурсы. С другой стороны, службы персональной медицинской помощи, предоставляющие услуги отдельным лицам, традиционно в США финансируются частным

образом, т.к. всеобщий охват населения не является обязательным по закону на федеральном уровне и в большинстве штатов. На протяжении 20 столетия предоставление медицинских услуг превратилось из системы, почти полностью основанной на немедленной оплате, в хорошо развитую систему страховой медицины, обслуживающую и отдельных лиц, и целые корпорации. Система персональных медицинских услуг и система общественного здравоохранения отличаются по типу клиентов (отдельные лица и группы населения), но во многих областях они выполняют одни и те же функции. Для ограничения стоимости персональных услуг приняты два механизма. Первый — это замена возмещения затрат на лечение «подушевой» схемой, по которой медики получают плату за количество обслуженных пациентов, без учета качества предоставленных услуг. Второй путь — это механизм, при котором все большее число людей охватывается страхованием и возникает сильная конкуренция между страховыми структурами.

Системы здравоохранения, существующие в Соединенных Штатах, сегодня претерпевают существенные изменения, обусловленные общественной политикой и, в свою очередь, определяющие ее. Если прежде экономические и политические преимущества были на стороне отдельных врачей и больниц, то теперь они переходят к ранее пассивным страхователям и потребителям медицинских услуг. Большие объединения медиков и корпорации, в которые входят больницы разных штатов, приходят на смену индивидуально практикующим врачам и отдельным больницам, обслуживающим по месту жительства. Все более обостряющаяся конкуренция создает такую среду, в которой коммерческие организации могут процветать там, где раньше их избегали. Эти изменения рыночного характера происходят на фоне яростных дебатов, как на уровне всей страны, так и на уровне отдельных штатов. Эти дебаты идут в связи с двумя основными проблемами, стоящими перед системой здравоохранения США в течение многих лет: быстро растущими ценами и сокращением доступа к медицинским услугам, что особенно

отрицательно сказывается на медицинском страховании. Обычно эти две проблемы рассматривались ответственными лицами разных уровней по отдельности, но теперь было признано, что и цены на медицинские услуги, и доступ к ним являются симптомами общих проблем, с которыми столкнулась система. Если раньше каждая из двух названных проблем решалась самостоятельно, с помощью тех или иных конкретных мер, то в начале 90-х годов лица, принимающие решения, стали разрабатывать комплексные стратегии, предназначенные для решения обеих проблем одновременно, тем самым, оправдывая термин «всесторонняя реформа». Американские исследователи А. Кац и К. Мэддэн утверждают: «В то время как общественность через своих выборных представителей в основном отказалась от всесторонней реформы, местные власти, власти штатов и федеральное правительство продолжают оказывать влияние на характер и скорость изменений на рынке здравоохранения. В некоторых сообществах это влияние связано с

активными действиями правительства, регулирующего рынок, собирающего данные, финансирующего программы и покупающего услуги, в других — рынок изменяется в обстановке пассивной, равнодушной политики (либо выжидательной, либо необязательной)». Эти различные подходы отражают своеобразные культурные и политические пути развития каждого сообщества, а также особые обстоятельства, обусловившие реформы.

Таким образом, объем и характер факторов, действующих на рынках здравоохранения в США, изменились. Возрос общий уровень экономической деятельности в здравоохранении, увеличилась плотность и мобильность населения. Расширились знания, появились новые научные достижения во многих областях, влияющих на здравоохранение, а представления и ценности, касающиеся доступа к медицинским услугам, также изменились. Эти изменения произошли в связи с изменениями в общественной политике на всех уровнях управления по всей стране.

## **ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ: СУИЦИД**

*Филиппов А.И., Братищева Н.Н., Веселкина О.В.*

БелГУ, кафедра патологии с курсом судебной медицины

Процесс депопуляции в России начался в 1992 г., когда число умерших превысило количество родившихся. К 2002 г. население уменьшилось на 7,7 млн. и составило 144 млн. человек. Согласно прогнозу Госкомстата Российской Федерации, к середине XXI века в стране может насчитываться около 100 млн. человек. Серьезность такого развития обстоятельств требует внимательного рассмотрения и изучения всех факторов, влияющих на демографические показатели. Едва ли удастся быстро поднять уровень рождаемости. Больше надежд ученые связывают с исследованием причин высокой смертности и выработкой ре-

комендаций, направленных на сохранение жизни детского и взрослого населения.

Изучая текст Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2001 год, мы обратили внимание на высокие цифры самоубийств за последние 10 лет. Число погибших от суицида в расчете на 100 тыс. человек составляло в 1990 г. — 26,4; в 1994 г. — 42,1; в 1998 г. — 35,4; 1999 г. — 39,3; в 2000 г. — 39,3; в 2001 г. — 39,7 чел., что в последнем случае в абсолютных цифрах равнялось 57168 чел. Количество самоубийств в относительных и абсолютных цифрах за все указанные годы было больше числа отравлений