



№3
2015

Оглавление

Перечень поручений по итогам форума
Общероссийского народного фронта
«За качественную и доступную медицину!» 1

Александрова О. Ю., Рамненко Т. В.
Экстренная и неотложная медицинская
помощь – проблемы разграничения понятий
и механизма реализации норм закона 6

Данишевский К. Д.
Факторы системы здравоохранения,
воздействующие на охрану материнского
здоровья: сравнение четырех стран 23

Аполихин О. И.
Концепция охраны репродуктивного здоровья
и активного социального долголетия 47

Комаров Ю. М.
О приоритетах системы охраны здоровья в РФ
до 2020 г. и последующие годы 53

Комаров Ю. М.
О плане деятельности Минздрава РФ
на 2013-2018 гг. 65

В Москве состоялся научно-практический
семинар "Межлабораторное тестирование
и вопросы гармонизации методик
определения психоактивных веществ
в лабораториях ХТЛ и СХО России" 68

**БЕСПЛАТНОЕ РЕЦЕНЗИРУЕМОЕ НАУЧНОЕ
ИНТЕРНЕТ-ИЗДАНИЕ С ОТКРЫТЫМ ДОСТУПОМ,
ПУБЛИКУЮЩЕЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРИГИНАЛЬНЫХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ВО ВСЕХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНЫ**

Журнал «Медицина»

бесплатное рецензируемое научное интернет-издание
с открытым доступом

№ 3, 2015

Главный редактор

Данишевский К. Д., д. м. н., профессор

Председатель Редакционного совета

Стародубов В. И., академик РАМН

Редколлегия

Андрусенко А. А., к. м. н.

Барях Е. А., к. м. н.

Власов В. В., д. м. н., профессор

Немцов А. В., д. м. н., профессор

Плавинский С. Л., д. м. н., профессор

Савчук С. А., д. х. н.

Тетенова Е. Ю., к. м. н.

Шабашов А. Е., к. м. н.

Редакционный совет

Боярский С. Г., к. м. н.

Гаспаришвили А. Т., к. ф. н.

Новиков Г. А., д. м. н., проф.

Фролов М. Ю., к. м. н.

Ответственный секретарь редакции

Колгашкин А. Ю.

Адрес издания в сети Интернет: fsmj.ru

Свидетельство о регистрации средства массовой информации Эл № ФС77-52280
от 25 декабря 2012 года выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций

© Журнал «Медицина», 2015

Перечень поручений по итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!»

Владимир Путин подписал перечень поручений по итогам форума "За качественную и доступную медицину!" Общероссийского общественного движения "Народный фронт "За Россию", состоявшегося 7 сентября 2015 года.

1. Правительству Российской Федерации:

а) обеспечить сохранение предельных объёмов бюджетных ассигнований федерального бюджета на реализацию в 2016 году государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" на уровне не ниже установленного Федеральным законом от 1 декабря 2014 г. № 384-ФЗ "О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов".

Доклад – 15 декабря 2015 г.;

б) представить предложения по совершенствованию системы целевого приёма в образовательные организации высшего образования, реализующие программы высшего медицинского и фармацевтического образования, предусмотрев включение в договоры о целевом обучении положений, устанавливающих обязанность органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации предоставлять служебное жильё выпускникам указанных образовательных организаций, а также ответственность лица, заключившего договор о целевом обучении, за отказ от трудоустройства в организацию, указанную в договоре, в виде штрафных санкций в размере, кратно превышающем размер стипендиального обеспечения в период обучения.

Срок – 1 декабря 2015 г.;

в) обеспечить принятие нормативных правовых актов, предусмотренных Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", а также порядка определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения;

г) уточнить в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов показатели, устанавливающие сроки ожидания гражданами медицинской помощи, в том числе обследования на дорогостоящем медицинском оборудовании, а также время доезда до пациента бригад скорой и неотложной медицинской помощи.

Срок – 31 декабря 2015 г.;

д) проанализировать причины значительного расхождения в стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения при проведении в субъектах Российской Федерации закупок для государственных и муниципальных нужд и принять меры по их устранению.

Доклад – 1 февраля 2016 г.;

е) представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся:

распространения на медицинских работников (включая фельдшеров и акушерок), прибывших (переехавших) на работу в посёлки городского типа, мер социальной поддержки, предоставляемых в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" медицинским работникам, прибывшим (переехавшим) на работу в сельский населённый пункт или рабочий посёлок;

увеличения до 50 лет возраста врачей, которые могут принять участие в программе по привлечению специалистов на работу в сельские населённые пункты, рабочие посёлки или посёлки городского типа;

увеличения доли средств, направляемых Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на реализацию указанных мероприятий.

Срок – 15 декабря 2015 г.;

конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи медицинскими организациями (в том числе в случае необоснованного отказа в оказании медицинской помощи, предусмотренной программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи), по информированию застрахованных лиц о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

усиления контроля за исполнением страховыми медицинскими организациями обязанностей в системе обязательного медицинского страхования, а также установления мер административной ответственности за их неисполнение;

ограничения рекламы лекарственных препаратов.

Срок – 20 июля 2016 г.;

ж) проанализировать медико-экономическую эффективность проведения диспансеризации населения.

Доклад – 1 декабря 2016 г.

Ответственный: Медведев Д.А.

2. Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

а) рассмотреть вопрос о предоставлении субъектам Российской Федерации права на финансирование скорой медицинской помощи за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Доклад – 15 декабря 2015 г.;

б) проработать вопрос о проведении обязательных общественных слушаний при принятии решений, касающихся реорганизации или ликвидации медицинских организаций;

в) предусмотреть при реализации федеральной целевой программы "Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года" меры по привлечению специалистов в области здравоохранения на работу в сельскую местность, в том числе обеспечение их служебными жилыми помещениями.

Доклад – 1 апреля 2016 г.;

г) разработать с учётом ранее данных поручений и утвердить комплекс мер, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи, предусмотрев оснащение и укомплектование медицинских организаций в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Доклад – 1 апреля 2016 г.;

д) на основании анализа состояния кадрового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации, оценки потребности в конкретных специалистах, а также оценки профессиональных образовательных программ медицинского образования внести изменения в государственную программу Российской Федерации "Развитие здравоохранения" и в порядок формирования государственного задания для образовательных организаций высшего и среднего медицинского образования, предусмотрев их дополнительное финансирование.

Доклад – 1 июля 2016 г.

Ответственные: Медведев Д.А., высшие должностные лица (руководители высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации.

3. Рекомендовать высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации:

а) разработать и внедрить механизм перераспределения не введённого в эксплуатацию медицинского оборудования, закупленного в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации;

б) предусмотреть в бюджетах субъектов Российской Федерации бюджетные ассигнования на финансирование системы здравоохранения субъектов Российской Федерации не ниже уровня, установленного на 2015 год.

Доклад – до 15 декабря 2015 г.;

в) обеспечить функционирование в субъектах Российской Федерации "горячих линий" по вопросам доступности и качества бесплатной медицинской помощи.

Доклад – до 31 декабря 2015 г.;

г) принять меры, направленные на устранение существующей диспропорции в оплате труда руководящих работников и основного персонала медицинских организаций.

Доклад – до 15 февраля 2016 г.;

д) на основании анализа состояния автомобильных дорог и уровня обеспеченности общественным транспортом в населённых пунктах, в которых в 2013–2014 годах проводились изменения инфраструктуры сети медицинских организаций, разработать и утвердить планы реконструкции автомобильных дорог и совершенствования транспортного обеспечения.

Доклад – 30 апреля 2016 г.;

е) проанализировать состояние санитарного автотранспорта и принять меры по приведению его в соответствие с национальным стандартом Российской Федерации "Автомобили скорой медицинской помощи".

Доклад – 1 июля 2016 г.

Ответственные: высшие должностные лица (руководители высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации.

4. Правительству Российской Федерации определить порядок взаимодействия с Общероссийским общественным движением "Народный фронт "За Россию" в целях выполнения настоящего перечня поручений.

Срок – 30 ноября 2015 г.

Ответственные: Медведев Д.А., Бречалов А.В.

List of the Presidential instructions following the forum "For quality and affordable medicine!" organized by the All-Russian Public Movement "All-Russia People's Front"

Экстренная и неотложная медицинская помощь – проблемы разграничения понятий и механизма реализации норм закона

Александрова О. Ю.

д.м.н., профессор; профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова

Рамненко Т. В.

соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении ГОУ ВПО Первый МГМУ им И.М. Сеченова

В статье рассматривается действующее законодательство, регулирующее оказание экстренной и неотложной медицинской помощи. Делается вывод, что разделение этих двух форм помощи юридически неоднозначно, не имеет четкого механизма реализации, что повышает риски наступления юридической ответственности для медицинских организаций за неоказание медицинской помощи.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, неотложная медицинская помощь, медицинское страхование, медицинское вмешательство, вред здоровью

В Федеральном Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее ФЗ «Об охране здоровья») вводится классификация медицинской помощи по форме оказания (Статья 32. «Медицинская помощь»):

«Формами оказания медицинской помощи являются:

- 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью».

Соответственно, в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов

(Утв. Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) медицинская помощь оказывается в тех же экстренной, неотложной и плановой формах.

Новеллой законодательного регулирования является также введение классификации медицинской помощи по условиям оказания. До этого подобная классификация медицинской помощи использовалась в подзаконных нормативно-правовых актах.

В соответствии с ФЗ «Об охране здоровья» (Статья 32. «Медицинская помощь»):

«Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

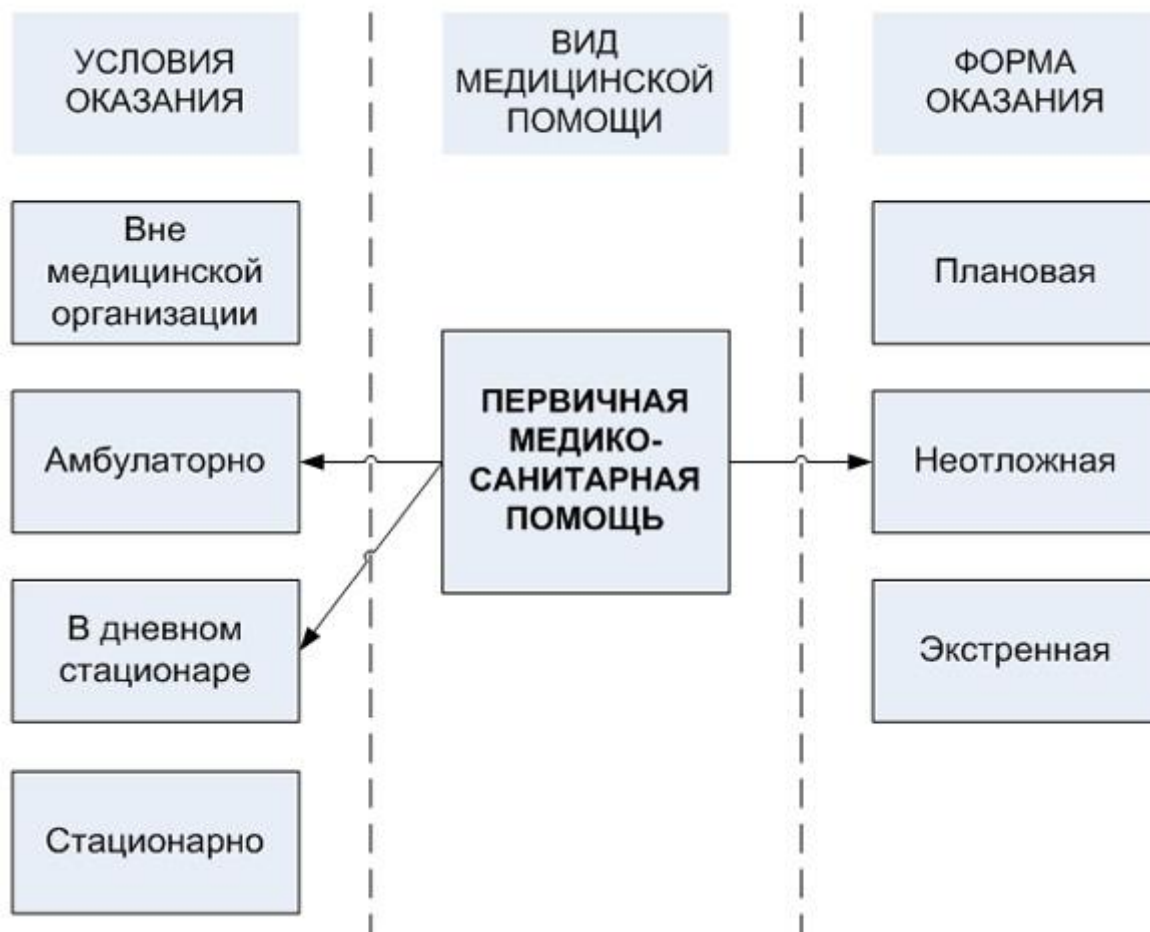
- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение)».

Каждый вид медицинской помощи (ПМСП, специализированная, скорая, паллиативная) в соответствующих статьях ФЗ «Об охране здоровья» имеет определенные законом формы и условия оказания.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие **неотложную медицинскую помощь** (Статья 33. «Первичная медико-санитарная помощь»). Про плановую и экстренную форму оказания первичной медико-санитарной помощи в ФЗ «Об охране здоровья» не упомянуто (схема 1).

Схема 1. Формы и условия оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях (Статья 35. «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь») (схема 2).

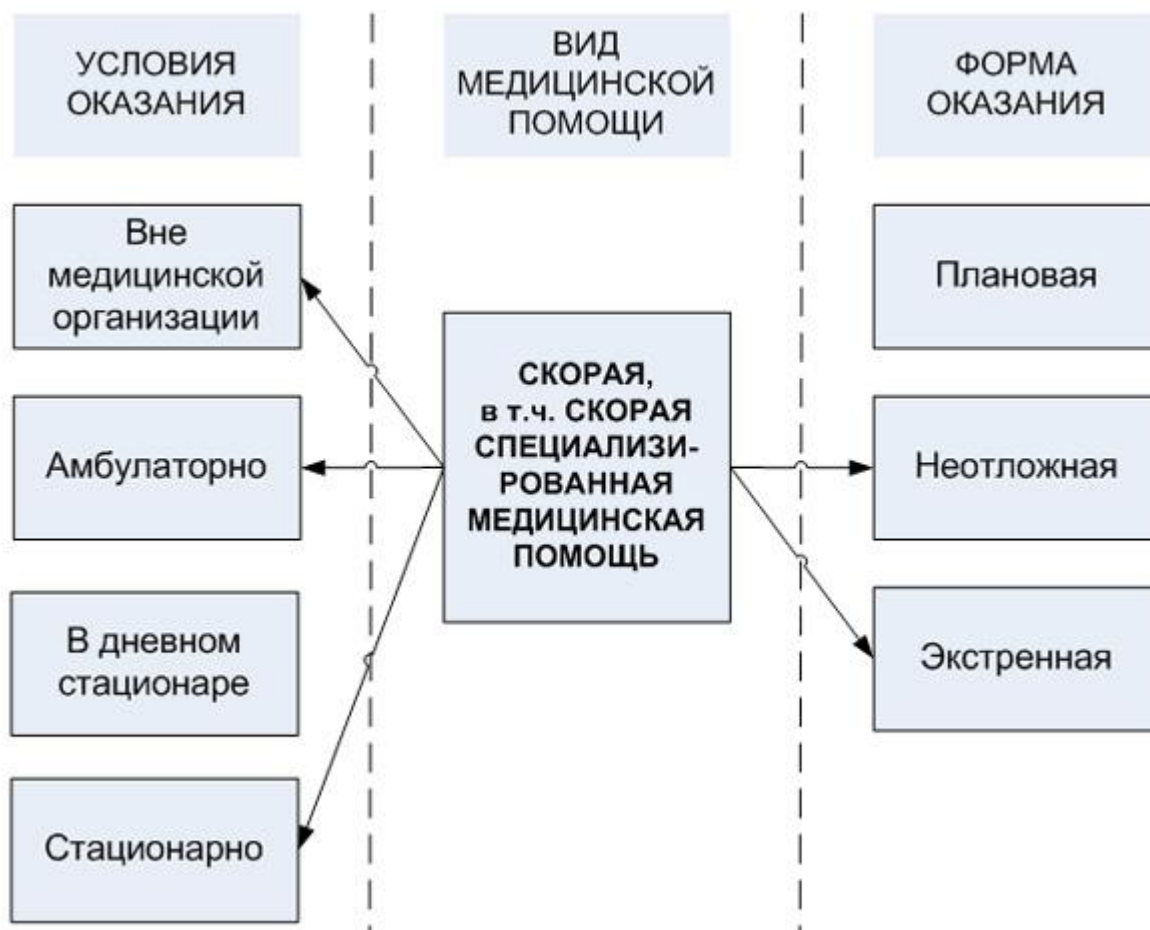
В связи с вышесказанным возникают следующие вопросы, требующие разъяснения и детального регулирования в подзаконных нормативно-правовых актах с целью однозначности толкования и создания механизма реализации норм закона.

1. ПМСП может оказываться в неотложной форме. Оказание ПМСП в неотложной форме («при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента») – это, видимо, то, что традиционно называлось «вызовы на дом». Но почему неотложно? Требуется разработка критериев неотложности состояний и неотложности медицинской помощи, а также разработка алгоритмов действия медицинских работников и медицинских организаций при

неотложных состояниях. Такие алгоритмы действий должны исключать возможность причинения вреда жизни и здоровью гражданина неоказанием медицинской помощи.

Таким образом, отдельного регулирования требует деятельность медицинских организаций по оказанию **первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме**.

Схема 2. Формы и условия оказания скорой, в т.ч. скорой специализированной медицинской помощи, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



2. Скорая медицинская помощь оказывается вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Единственное, что однозначно понятно, так это то, что скорая медицинская помощь оказывается вне медицинской организации. Именно с целью оказания медицинской помощи заболевшим и пострадавшим вне медицинской организации и была создана служба скорой медицинской помощи.

Необходимо разработать критерии (показания, перечень ситуаций или т.п.) и, соответственно, алгоритмы действий медицинских работников и медицинских

организаций, когда скорая медицинская помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях.

Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме, т.е. законодательно возникают понятия «скорая экстренная» и «скорая неотложная» медицинская помощь. Притом, что существует в соответствии с ФЗ «Об охране здоровья граждан» еще и первичная медико-санитарная помощь в неотложной форме.

В чем разница между скорой медицинской помощью в неотложной форме и первичной медико-санитарной помощью в неотложной форме?

Видимо, разница в медицинской организации, которая оказывает такую помощь (первичную медико-санитарную помощь в неотложной форме оказывают поликлиники, а скорую медицинскую помощь в неотложной форме – служба скорой помощи), а не в содержании этой помощи.

Если разницы в состоянии больного нет (внезапные острые заболевания, состояния, обострение хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни), и нет разницы в содержании медицинской помощи, и такую медицинскую помощь может оказать как поликлиника, так и бригада скорой медицинской помощи, то, казалось бы, это хорошо для больного. Пациенту все равно, кто ему окажет медицинскую помощь, лишь бы она была оказана своевременно, в нужном объеме и качественно.

Но, к сожалению, опыт последних лет, с введением понятия «неотложная медицинская помощь» в Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи показывает, что ситуации, когда бригада скорой помощи не приезжает на вызов, а диспетчер направляет больного, вызвавшего скорую помощь, в поликлинику для оказания ему неотложной медицинской помощи, часто заканчиваются причинением вреда жизни и здоровью человека неоказанием или несвоевременным оказанием медицинской помощи. И, соответственно, судебными исками против причинителя вреда – медицинских организаций.

Формируя таким образом законодательство, понимая, что экономически очень затратно, когда скорая помощь подменяет обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных, мы должны помнить и о последствиях для больного, и о правовых последствиях для медицинских организаций.

На практике ситуация может оказаться противоположной сегодняшней, когда уже поликлиническая служба подменяет обязанности скорой по оказанию медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, поскольку ни диспетчерская служба станций скорой медицинской помощи, ни регистратура поликлиники по телефону не может определить угрозу жизни пациента.

В условиях, когда в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи (даже в форме неотложной), устранить угрозу жизни невозможно, врач неотложной службы поликлиники будет вынужден все равно либо самостоятельно госпитализировать пациента, либо вызывать все ту же скорую помощь. Однако время может быть потеряно, и могут наступить последствия несвоевременного оказания медицинской помощи (как для пациента, так и для медицинской организации в виде юридических последствий неоказания медицинской помощи).

Для ликвидации вышеуказанной юридической и организационной неоднозначности необходимо в подзаконных нормативно-правовых актах МЗ РФ определить четкие, юридически и организационно однозначные критерии экстренной медицинской помощи с жесткой регламентацией функций по оказанию такой медицинской помощи. Также требуется разработка и принятие подзаконных нормативно-правовых актов, с четкими алгоритмами действий медицинских работников и медицинских организаций (как амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, так и медицинских организаций скорой помощи) при неотложных состояниях.

Данные юридические и организационные критерии должны быть определены в целях исключения возможности причинения вреда жизни и здоровью гражданина неоказанием медицинской помощи.

Таким образом, отдельного регулирования требует как деятельность медицинских организаций по оказанию **первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме**, так и медицинских организаций по оказанию **скорой медицинской помощи в неотложной и, отдельно, в экстренной форме**. Акцент при разработке данного регулирования должен быть сделан не только на экономическую эффективность деятельности службы скорой медицинской помощи, но и на **недопустимость неоказания медицинской помощи пациенту**.

3. В соответствии с п.2 ст.11 «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи» ФЗ «Об охране здоровья»:

«...2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается...»

К обязанностям медицинских организаций (всех, включая медицинские организации частной системы здравоохранения) в соответствии с п.1 статьи 79 ФЗ «Об охране здоровья» относится «обеспечивать гражданам оказание экстренной медицинской помощи». Но не неотложной медицинской помощи.

Главным критерием экстренной медицинской помощи является наличие угрожающих жизни состояний. Угрожающие жизни состояния перечислены в Приказе Министерства

здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

В соответствии с данным приказом:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние):

6.2.1. шок тяжелой (III-IV) степени;

6.2.2. кома II-III степени различной этиологии;

6.2.3. острая, обильная или массивная кровопотеря;

6.2.4. острая сердечная и (или) сосудистая недостаточность тяжелой степени, или тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

6.2.5. острая почечная или острая печеночная, или острая надпочечниковая недостаточность тяжелой степени, или острый панкреонекроз;

6.2.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

6.2.7. гнойно-септическое состояние: сепсис или перитонит, или гнойный плеврит, или флегмона;

6.2.8. расстройство регионального и (или) органного кровообращения, приводящее к инфаркту внутреннего органа или гангрене конечности; эмболия (газовая, жировая, тканевая, или тромбоемболии) сосудов головного мозга или легких;

6.2.9. острое отравление химическими и биологическими веществами медицинского и немедицинского применения, в том числе наркотиками или психотропными средствами, или снотворными средствами, или препаратами, действующими преимущественно на сердечно-сосудистую систему, или алкоголем и его суррогатами, или техническими жидкостями, или токсическими металлами, или токсическими газами, или пищевое отравление, вызвавшее угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев;

6.2.10. различные виды механической асфиксии; последствия общего воздействия высокой или низкой температуры (тепловой удар, солнечный удар, общее перегревание, переохлаждение организма); последствия воздействия высокого

или низкого атмосферного давления (баротравма, кессонная болезнь); последствия воздействия технического или атмосферного электричества (электротравма); последствия других форм неблагоприятного воздействия (обезвоживание, истощение, перенапряжение организма), вызвавшие угрожающее жизни состояние, приведенное в пунктах 6.2.1-6.2.8 Медицинских критериев».

Все вышеперечисленные состояния не могут быть компенсированы организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью.

Именно при этих состояниях медицинских организации в соответствии с п.1. ст. 79 обязаны оказывать медицинскую помощь (независимо от того, являются ли нуждающиеся в такой помощи гражданами РФ или нет, застрахованными в системе ОМС или нет).

На оказание неотложной медицинской помощи («без явных признаков угрозы жизни пациента») обязанности медицинских организаций не распространяются. Подразумевается, что неотложная медицинская помощь должна быть оказана в амбулаторных условиях или скорой помощью в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ), т.е. медицинскими организациями, участвующими в реализации данной программы, а при переходе на одноканальное финансирование в системе ОМС – только для застрахованных в ОМС лиц. Например, медицинские организации частной системы здравоохранения, не участвующие в реализации ПГГ, могут оказывать неотложную медицинскую помощь на платной основе. То же касается лиц, не являющихся гражданами РФ и не застрахованных в ОМС – медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения могут оказывать такую медицинскую помощь данным лицам на платной основе.

Но представим себе такую ситуацию. На платный прием к гинекологу приходит женщина (не гражданка РФ, не застрахована в ОМС), у которой выявляется внематочная беременность. Данное состояние не относится к состояниям с «явными признаками угрозы жизни», непосредственно не угрожает жизни пациентки. Но неоказание медицинской помощи такой пациентке (хирургической в условиях стационара) обязательно приведет к угрожающему жизни состоянию, перечисленному в вышеуказанном приказе МЗ СР РФ.

Таким образом, медицинская организация *de facto* не может не оказать медицинскую помощь не только экстренную, при явных признаках угрозы жизни, но и при состояниях без явных признаков угрозы жизни, но когда неоказание медицинской помощи **может привести** к угрожающему жизни состоянию.

Напомним, что неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, если это повлекло по неосторожности смерть больного, либо причинение тяжкого или средней

тяжести вреда его здоровью является преступлением (статья 124 УК РФ). И неважно, в какой системе здравоохранения работает медицинский работник, не оказавший медицинскую помощь, в чьи полномочия входит финансирование данной системы здравоохранения, и гражданам какого государства не оказана медицинская помощь.

Соответственно, возникает вопрос, кто оплатит медицинской организации медицинскую помощь, не относящуюся к экстренной (нет явных признаков угрозы жизни), но неоказание которой может привести к угрозе жизни, не застрахованным в ОМС лицам, и не гражданам РФ. Или изначально предполагается, что расходы на оказание такой медицинской помощи будут возмещены только медицинской организации, работающей в рамках ПГГ и оказавшей медицинскую помощь застрахованному в ОМС лицу?

Таковы неясные вопросы, связанные с новым законодательным регулированием оказания экстренной и неотложной медицинской помощи в РФ.

Правовой механизм реализации норм, закрепленных в федеральном законодательстве, создается принятием подзаконных нормативно-правовых актов. Мы проанализировали подзаконные НПА, регулирующие оказание экстренной медицинской помощи в РФ.

В соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н), «На **догоспитальном** этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений, отделений скорой медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений...».

На сегодняшний день остается непонятным, что это за отделения экстренной медицинской помощи и отделения скорой медицинской помощи в поликлиниках («на догоспитальном этапе»)?

При том, напомним, что в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010, 2011 и 2012 годы: «В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства, в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения может создаваться служба **неотложной медицинской помощи**». Но никак не экстренной и скорой.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (Утв. Постановлением

Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) уже выделен отдельный норматив объемов медицинской помощи – для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год – 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо. Но речь идет исключительно о первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в неотложной форме. НЕ О СКОРОЙ медицинской помощи.

В соответствии с Порядком оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н):

«38. В целях оказания скорой медицинской помощи на **госпитальном** этапе может создаваться отделение **экстренной** медицинской помощи как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, имеющего коечную мощность не менее 400 коек, при условии ежедневного круглосуточного поступления не менее 50 больных (пострадавших) для оказания **скорой** медицинской помощи.

39. Отделение **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения обеспечивает оказание **скорой** медицинской помощи больным (пострадавшим), доставленным выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, а также самостоятельно обратившихся за оказанием **скорой** медицинской помощи.

40. Отделение **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения функционирует в режиме круглосуточной работы и осуществляет свою деятельность в соответствии с Положением об организации деятельности отделения **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения».

Далее в приказе имеются приложения, в которых представлены Положение об организации деятельности отделения **экстренной** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 1), и почему-то Рекомендуемые штатные нормативы стационарного отделения **скорой** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 2), и Стандарт оснащения стационарного отделения **скорой** медицинской помощи лечебно-профилактического учреждения (приложение 3).

Понятие «неотложная медицинская помощь» в Порядке оказания скорой медицинской помощи, утв. приказом МЗ СР РФ от 01.11.2004 № 179 (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 N 586н, от 15.03.2011 N 202н, от 30.01.2012 N 65н) не употребляется.

Таким образом, в подзаконном нормативно-правовом акте «Порядок оказания скорой медицинской помощи», утвержденном МЗ СР РФ, вновь нет ясности в понятиях «экстренная медицинская помощь» и «неотложная медицинская помощь», и нет четких алгоритмов действий по оказанию этих форм медицинской помощи.

В сентябре 2012 года в субъекты РФ «для использования» было направлено совместное Письмо Минздрава России и Федерального Фонда ОМС (Письмо Минздрава России № 14-0/10/2-2564, ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012), содержащее «Методические рекомендации «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития», подготовленные ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени И.П. Павлова» – (далее Письмо (Методические рекомендации)).

Данное Письмо (Методические рекомендации) было направлено в регионы в связи с осуществлением обеспечения скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) с 01.01.2013 в соответствии со ст. 51 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет средств обязательного медицинского страхования.

В данном Письме (Методических рекомендациях) определено понятие срочного медицинского вмешательства: «срочным является медицинское вмешательство, требующее соблюдения определенных требований к срокам начала его проведения, исчисляемых с момента обращения пациента, нуждающегося в медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, в медицинскую организацию» (приводится в падежах в тексте документа). Таким образом, для **срочного** медицинского вмешательства должны быть **определены сроки** его осуществления, в отличие от планового медицинского вмешательства, отсрочка которого возможна на неопределенный срок.

Однако далее в данном документе вновь происходит путаница в критериях экстренной и неотложной медицинской помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) сформулированы основные черты, принципиально отличающие скорую медицинскую помощь (СМП) от других видов помощи:

«1) безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный – при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь...».

Если предоставление медицинской помощи можно отсрочить, то это же плановая медицинская помощь. Или требуется разработка опять же временных критериев (сроков оказания). Например, неотложная медицинская помощь – это медицинская помощь, отсрочка в оказании которой возможна до 1 суток (2,3,4... и т.д. суток). За пределами же этих сроков медицинская помощь будет считаться плановой.

К сожалению, в Письме (Методических рекомендациях) четких критериев неотложной медицинской помощи нет. Далее в Письме (Методических рекомендациях) приводятся определения экстренной и неотложной медицинской помощи, в первой части определений дублирующие определения, данные в ст.32 ФЗ «Об охране здоровья», во второй части – собственное дополнение («требующих срочного медицинского вмешательства»):

«Выделяют формы оказания СМП, критериями которых являются признаки угрозы жизни пациента и связанные с ними требования к срокам ее оказания. Формами оказания СМП являются:

- 1) экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства;
- 2) неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства».

И далее: «Явные признаки угрозы жизни – выраженные проявления заболевания (состояния), которое может привести к смерти пациента». Данное определение не соответствует определению, данному в Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 апреля 2008 г. N 194н «Об утверждении Медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека».

В соответствии с данным приказом:

«6.2. Вред здоровью, опасный для жизни человека, вызвавший расстройство жизненно важных функций организма человека, которое не может быть компенсировано организмом самостоятельно и обычно заканчивается смертью (далее – угрожающее жизни состояние..».

По сути, может быть, это и одно и то же, но формирование нормативно-правового регулирования требует точности и однозначности понятий.

Дополнение «требующих срочного медицинского вмешательства» вносило бы конкретику в данные определения и отличало бы эти формы медицинской помощи от плановой, если бы содержало сроки оказания такой помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) временные сроки указаны лишь для мест расположения и территории обслуживания медицинских организаций скорой медицинской помощи (МО СМП) и её подразделений – устанавливаются с учетом 20-минутной транспортной доступности. Но данные требования качаются медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь как в экстренной, так и в неотложной форме.

В другом нормативно-правовом акте – Приказе МЗ РФ от 15.05.2012г. №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» в приложении 5 «Правила организации деятельности отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи поликлиники (врачебной амбулатории, центра врачей общей практики (семейной медицины))» п.7 четко регламентированы временные рамки оказания неотложной помощи. «Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому».

Но данный нормативно-правовой акт регулирует оказание первичной медико-санитарной помощи, а не скорой медицинской помощи.

В Письме (Методических рекомендациях) же сказано:

«Выездные бригады СМП направляются на вызов фельдшером (медсестрой) по приему вызовов СМП и передаче их выездным бригадам СМП МО СМП с учетом профиля бригады, повода и срочности вызова и форм оказания СМП (экстренной и неотложной). Передача вызова СМП по экстренным показаниям выездным бригадам СМП фельдшером (медицинской сестрой) по приему и передаче их выездной бригаде осуществляется безотлагательно, на вызов направляется ближайшая свободная бригада СМП. Направление бригады СМП по неотложным показаниям осуществляется по мере освобождения бригад СМП при отсутствии вызовов по экстренным показаниям».

Т.е. определяет «экстренность» или «неотложность» медицинской помощи фельдшер по приему вызовов по телефону.

Трудно представить себе большую неопределенность в правовом регулировании важнейшего вопроса оказания медицинской помощи населению. Подобная неопределенность может привести к неоказанию медицинской помощи в конкретные

сроки, что, опять же, может привести к причинению вреда жизни и здоровью пациента неоказанием медицинской помощи.

Проблемы приобретают еще более острое звучание в связи с переводом финансирования СМП через систему ОМС.

Традиционно медицинские организации скорой медицинской помощи имели одноканальное финансирование – из средств бюджетов (муниципальных до 2012 года, бюджетов субъектов РФ с 2012 года). В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи **на 2012 год** (Утв. Постановлением Правительства РФ от 21 октября 2011 г. N 856), и в предыдущие годы был определен норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи – на 1 вызов (в 2012 году – на 1 вызов скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи – 1710,1 рубля из средств бюджета субъекта РФ).

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (Утв. Постановлением Правительства РФ от 22 октября 2012 г. № 1074) уже выделен отдельный норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи – на 1 вызов скорой медицинской помощи **за счет средств обязательного медицинского страхования** – 1435,6 рубля.

Подразумевается, что система ОМС оплачивает только вызовы скорой медицинской помощи застрахованным лицам. Однако значительный объем СМП оказывается незастрахованным лицам, и вообще не гражданам РФ. Поскольку нельзя отказать в оказании экстренной медицинской помощи, оплата ее незастрахованным лицам должна производиться за счет средств бюджетов субъектов РФ. Таким образом, переход в финансировании здравоохранения страны на одноканальное финансирование, обернулся для скорой помощи уходом от одноканального, и переходом на 2-канальное финансирование.

Неважно, сколько и каких каналов финансирования существует для скорой медицинской помощи. Важно, чтобы ограничения в финансировании (как и юридическая неоднозначность) не способствовали неоказанию медицинской помощи медицинскими работниками и медицинскими организациями, и, соответственно, не приводили к причинению вреда жизни и здоровью пациента неоказанием этой помощи.

В анализируемом Письме (Методических рекомендациях) формулируются вопросы, требующие решения, в связи с переходом СМП в ОМС. Прежде всего, это вопросы финансирования:

«а) определение способа оплаты скорой медицинской помощи (за единицу объема медицинской помощи –1 выезд СМП, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации, за пролеченного больного в соответствии со стандартами)

б) определение плановых заданий и оплата сверхнормативного объема оказания СМП;

с) оплата медицинской помощи, оказанной больным (пострадавшим), не идентифицированным на этапе скорой медицинской помощи, а также имеющим проблемы с определением страховой принадлежности; оплата СМП иностранным гражданам;

д) оплата услуг СМП, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи: ложные вызовы, безрезультатные выезды, участие СМП в обеспечении культурно-массовых и спортивных мероприятий; транспортировка консультантов, доставка крови и ее компонентов и т.д.;

е) обеспечение СМП современными финансово-статистическими информационными системами, обеспечивающими внутриучрежденческий учет и взаимодействие с участниками ОМС (ТФОМС, СМО) и др...».

В Письме (Методических рекомендациях) приводятся принципы выбора способов оплаты СМП, которые, по мнению авторов, должны решить вышепоставленные вопросы и быть следующими:

1) тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности;

2) дифференцированный подход к оплате вызовов СМП в соответствии с профилем бригады и объемом оказанной помощи;

3) тарифы должны стимулировать персонал СМП к качественному оказанию медицинских услуг на высоком профессиональном уровне, в соответствии со стандартами и Порядком оказания СМП, к рациональному использованию имеющихся сил и средств;

4) способ не должен мотивировать персонал к оказанию излишней (недостаточной) по объему медицинской помощи.

Дифференцированный подход к установлению тарифов СМП должен обеспечивать рациональную оплату за оказанную медицинскую помощь, пропорциональную затратам кадровых и материально-технических ресурсов организации. Критериями здесь могут

быть состав бригады, квалификационная подготовка персонала, тип автомобиля СМП, материально-техническое оснащение бригады, объем и сложность оказанной помощи. В связи с этим целесообразным является:

установление отдельных тарифов на оказание экстренной и неотложной СМП,

дифференцированные тарифы на оказание СМП специализированными, общепрофильными (врачебными и фельдшерскими), педиатрическими, транспортными бригадами (при условии соблюдения профильности использования бригад);

дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности – реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии и др.

перспективным является оплата медицинской помощи по медико-экономическим стандартам (МЭС).

Установление плановых заданий для медицинских организаций, работающих в оперативном режиме и в условиях ЧС в соответствии с принципом безотказности оказания экстренной медицинской помощи (СМП), является вопросом неоднозначным...»

Вышеуказанные предложения, на наш взгляд, на сегодняшний день выглядят идеалистичными. Медицинские организации, много лет работающие в системе ОМС, на практике знают следующее.

1. Тарифы в системе ОМС не покрывают затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи. Идея, что «тарифы СМП должны соответствовать текущим и перспективным расходам на оказание медицинской помощи, то есть включать не только возмещение текущих затрат, но и обеспечивать развитие деятельности», мягко говоря, не соответствует реалиям.

2. В системе ОМС устанавливаются плановые объемы медицинской помощи (в том числе будут установлены для МО СМП). За пределами согласованных объемов медицинская помощь в системе ОМС не оплачивается (или оплачивается с большим трудом).

3. Законодательно введены обязанность медицинской организации исполнения стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи (ст. 79 ФЗ «Об основах охраны здоровья»). Понятия медико-экономического стандарта нет в федеральном законодательстве, поскольку идеология обязательности ЕДИНЫХ (а не разнообразных региональных МЭСов), соответственно, утвержденных на федеральном уровне стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи

закреплена в ФЗ «Об охране здоровья» с целью создания единообразия оказания медицинской помощи на всей территории страны.

Проблемами являются, во-первых, отсутствие в полном объеме разработанных и утвержденных стандартов медицинской помощи, во-вторых, недостаточность финансовых средств на оплату медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи в полном объеме по всем нозологиям. Поэтому на практике на сегодняшний день ситуация следующая: стандарты медицинской помощи (уже принятые) однозначно медицинские организации исполнять обязаны, а оплата медицинской помощи в полном объеме стандарта медицинской помощи не происходит.

Дополнительные тарифы (к основному) на выполнение мероприятий особой сложности – реанимационного пособия, анестезиологического пособия, тромболитической терапии были бы очень хороши, но, скорее всего, произойдет реальное установление отдельных тарифов на оказание экстренной и неотложной скорой медицинской помощи, причем снижение их за оказание неотложной. В ряде регионов уже пытаются оплачивать вызовы скорой медицинской помощи, не связанные с угрожающими жизни состояниями, по нормативам финансовых затрат на оказание амбулаторной помощи (на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 340,9 рубля), что значительно ниже оплаты вызова при оказании СМП.

Таким образом, разделение в законодательстве медицинской помощи по формам на «экстренную» и «неотложную» юридически неоднозначно, не имеет четкого механизма реализации, способствуют неоднозначности организационных мероприятий, что повышает риски наступления юридической ответственности для медицинских организаций за неоказание медицинской помощи.

Urgent and emergency care – the problem of differentiation of the concepts and mechanisms of implementation of the provisions of the law

Aleksandrova O. Yu.

MD, I.M. Sechenov First Moscow State University, Chair of Introduction to Health Care Law

Ramnyonok T. V.

I.M. Sechenov First Moscow State University, Applicant at the Chair of Introduction to Health Care Law

The article analyzes the current legislation on the provision of emergency and urgent care. Conclusions are drawn that the separation of these two forms of assistance is legally ambiguous, does not have a clear mechanism for implementation. That increases the risk of occurrence of legal responsibility for the organization of health care for lack of medical care.

Key words: emergency medical care, urgent medical care, health insurance, medical intervention, injury

Факторы системы здравоохранения, воздействующие на охрану материнского здоровья: сравнение четырех стран

Данишевский К. Д.

д.м.н., профессор Высшей школы экономики. Москва.

В статье представлены результаты сравнительного анализа исследований, проведенных в четырех странах с различным экономическим уровнем, посвященных изучению проблемы охраны материнского здоровья с точки зрения системы здравоохранения. **Показано, как процессы, происходящие в системе здравоохранения в целом,** влияют в рамках имеющейся совокупности условий на охрану материнского здоровья.

Ключевые слова: материнская смертность, система здравоохранения, государственное здравоохранение, частное здравоохранение, реформа здравоохранения

1. Введение

Общепризнано, что большую часть случаев материнской смертности можно предотвратить путем применения хорошо известных вмешательств [1, 2]. Доступность общей хирургической помощи при кесаревом сечении, переливание крови при кровотечениях, и применение медикаментов при эклампсии и инфекциях позволяют предотвратить большую часть случаев материнской смертности, и ряд авторов отмечает, что использованию подобных экстренных вмешательств уделяется слишком мало внимания [3, 4]. Другие обсуждают эффективную организацию помощи в родах – сравнивая преимущества госпитальных и домашних родов, альтернативного сопровождения при родах, или центров родового ухода с целью повышения обращаемости при осложнениях [5-7]. Также отмечалась необходимость социальных вмешательств с целью повышения возраста первой беременности, и расширения использования контрацептивных средств [8-10].

Однако, по Graham, «в течение длительного времени неоспоримой считалась зависимость охраны материнского здоровья от функционирования всей системы здравоохранения» [11: 703], и в литературе, посвященной охране здоровья матерей, все более признавалась значимость вопросов перспектив всей системы здравоохранения. Несмотря на значительное внимание, уделяемое на международном уровне осуществлению технических вмешательств, оптимальных с точки зрения соотношения стоимость-качество, многие страны низкого и среднего экономического уровня оказываются не в состоянии организовать системы здравоохранения, которые были бы в состоянии эффективно осуществлять необходимые решения. В то время как в развитых странах технические аспекты, необходимые для организации охраны материнского здоровья, были выявлены и использовались десятилетиями, только одного этого

момента недостаточно. Особенности системы здравоохранения, которые определяют использование и эффективность существующих служб, изучены меньше.

К настоящему моменту было проведено только небольшое число исследований, посвященных взаимосвязям системы здравоохранения и охраны материнского здоровья. Campbell, например, использовал данные работы Roemer'a с целью выявить значимость различных компонентов всей системы здравоохранения – таких как ресурсы, организация, управление, экономическая поддержка – для осуществления охраны здоровья матерей [1]. Другие исследователи стремились показать, как реформы системы здравоохранения, такие как децентрализация, приватизация, а также подходы к финансированию в масштабе всего сектора здравоохранения, могут способствовать или препятствовать эффективному осуществлению охраны материнского и репродуктивного здоровья [2, 10, 12]; при этом McDonagh и Goodburn (2001) осуществили обзор имеющихся ограниченных данных на эту тему [13]. В этих работах признается влияние структуры и организационных элементов на результаты оказания и потребление медицинских услуг, однако до сих пор имеются значительные пробелы в представлении о том, как ключевые элементы системы здравоохранения воздействуют на охрану материнского здоровья.

Сравнение статистических данных нескольких стран демонстрирует, что одинаковый технический уровень, т.е. количество учреждений, оказывающих экстренную медицинскую помощь, или процент родов, осуществляемых в присутствии квалифицированного персонала, может приводить к весьма различным результатам охраны материнского здоровья – как это наблюдается, например, в случае относительно высоких уровней материнской смертности в Мексике и бывших странах СССР, несмотря на то, что в обоих случаях роды осуществляются практически исключительно в стационаре [1]. Подход в масштабе всей системы здравоохранения может помочь выявить ее элементы, влияющие на то, как в конечном счете технические факторы определяют доступность, использование и качество услуг по охране материнского здоровья. В этой статье представлен сравнительный систематический анализ состояния охраны материнского здоровья в четырех странах – двух с низким (Уганда и Бангладеш) и двух со средним экономическим уровнем (Южная Африка и Россия).

Хотя каждая страна представляет собой уникальный случай, сравнительный анализ позволил выявить три ключевые области, в которых особенности системы здравоохранения определяют воздействие специфических элементов на улучшение показателей благоприятных исходов при родах. Первым моментом является использование и качество человеческих ресурсов, в особенности квалифицированных сотрудников при родах. Второе – необходимость достижения должного сочетания государственных и частных услуг, и влияние этого аспекта на качество и доступность медицинской помощи женщинам. Третий момент – значение реформ системы здравоохранения, и, в особенности, оплаты услуг пациентом, для охраны материнского здоровья. Наше обсуждение одномоментных исследований, проведенных в чрезвычайно

отличающихся друг от друга странами, иллюстрирует, как в каждой из этих стран организация и деятельность системы здравоохранения, в сочетании с вышеперечисленными тремя моментами, влияет на осуществление медицинской помощи матерям и конечные результаты лечения.

2. Цели и методы

Четыре исследования по проблемам охраны материнского здоровья, проведенные в Бангладеш, России, Южной Африке и Уганде [14-17], были предприняты в 2001-02 в рамках программы развития систем здравоохранения – международного сотрудничества исследователей, изучающих роль систем здравоохранения в защите здоровья бедных. Проблема материнского здоровья была избрана для исследования, т.к. она иллюстрирует наиболее существенные различия между богатыми и бедными государствами [4], и является приоритетным вопросом в большинстве стран среднего и низкого экономического уровня. Более того, проблемы здоровья матерей легко диагностируются, имеются эффективные способы лечения, а недостатки лечения доступны оценке. Глобальное сокращение материнской смертности на три четверти к 2015 г было провозглашено как одна из Целей Развития Объединенных Наций в 2000г [18]. Однако, осуществление охраны материнского здоровья зависит от ряда комплексных характеристик системы здравоохранения и, таким образом, представляет собой подходящую отправную точку для попытки понимания того, как система охраны здоровья отвечает на потребности бедных.

В каждой стране был проведен литературный обзор опубликованных материалов, найденных через международные базы данных (включая Medline/Pubmed и Международную Библиографию Социальных Наук), и неопубликованной («серой») литературы – включая политические документы, программные отчеты и диссертации. Ключевые информаторы были найдены методом «снежного кома» с тем, чтобы заполнить информационные пробелы и внести ясность относительно доступной информации, а также для выявления дополнительной литературы по теме. В целях поиска данных по теме в каждом исследовании также были привлечены имеющиеся базы данных, включая обзоры демографии и здоровья (Demographic and Health Surveys (DHS)), и национальные статистические исследования. Точность, полнота и соответствие анализа существующей ситуации обсуждались впоследствии в каждой стране на конференциях с участием членов правительства, специалистов по охране здоровья матерей, представителей НПО и доноров, вовлеченных в осуществление охраны материнского здоровья. Статьи, которые были посвящены общим вопросам охраны здоровья матерей и не рассматривали специфические особенности конкретного государства, были также включены в обзор, но не перечисляются в приводимом ниже списке литературы.

Результаты четырех исследований были проанализированы совместно, вначале сравнивались общие показатели и исходы, касающиеся охраны материнского здоровья. На втором этапе ставилась задача выявить ключевые факторы системного уровня, влияющие на результаты охраны материнского здоровья при каждом конкретном условиях, полученные результаты затем сравнивались и сопоставлялись. В процессе этого анализа был выявлен ряд вопросов, общих для всех систем здравоохранения. Хотя специфический вклад каждого из этих вопросов определяется конкретными условиями, имеется явная общность в том, как эти они действуют во всех исследованных странах.

3. Человеческие ресурсы и квалифицированное сопровождение родов

Первым вопросом, выявленным при сравнении данных, было влияние системы здравоохранения на особенности оказания услуг по охране материнского здоровья, в частности, эффективность квалифицированного сопровождения родов. По международным рекомендациям первой мерой, необходимой для снижения материнской смертности, является усиление квалифицированного сопровождения родов определяемого, как правило, как роды в присутствии врача, медсестры или акушерки. Это техническое вмешательство было рекомендовано как исключительный индикатор процесса, демонстрирующий прогресс в направлении достижения снижения материнской смертности в рамках Целей развития ООН [18]. В тоже время, хотя квалифицированное сопровождение без сомнения необходимо, на роды, осуществляемые при таком сопровождении, все же оказывают влияние особенности системы, в рамках которой они осуществляются. Graham et al. изучали взаимосвязь между материнской смертностью и квалифицированным сопровождением родов в ряде стран, и выявили, что эта взаимосвязь не является линейной [19]. Они полагают, что существует ряд факторов, обуславливающих значительное отклонение этой взаимосвязи от линейного характера. Одним из таких факторов является представление о квалифицированном медицинском сопровождении – в типичном случае это врачи и опытные акушерки, но исследования во многих странах включали в качестве квалифицированного сопровождения также и других медицинских сотрудников, даже если они не имели существенной акушерской подготовки. Более того, Maine и другие отмечают, что доступность экстренной помощи – как для женщин, рожавших с квалифицированным сопровождением, так и для тех, кто решил обойтись без него – также играет важную роль в отношении исходов, независимо от использования квалифицированного сопровождения [4]. Если квалифицированное сопровождение присутствует, оно нуждается в ресурсах, мотивации и системе для того, чтобы действительно добиться снижения материнской смертности. Таким образом, с точки зрения перспективы систем здравоохранения, остаются вопросы относительно того, как люди получают квалифицированное сопровождение, что происходит, если оно имеется, и каково качество получаемой помощи.

Снижение материнской смертности требует скоординированной деятельности элементов системы здравоохранения. Квалифицированное сопровождение должно работать в условиях функционирующих взаимосвязей. Например, имеются данные о том, что материнская смертность в Малайзии и Шри-Ланке существенно снизилась, частично за счет более широкого использования труда медицинских сестер. Кроме того, в обеих этих странах рост количества женщин, рожаящих с квалифицированным сопровождением, происходил одновременно с широкомасштабными улучшениями в социальной сфере и сфере здравоохранения – такими как значительное повышение уровня образования женщин, повышение доступности лечения осложнения в сельских медицинских учреждениях [20, 21]. Неизвестно, насколько эффективно просто повышение процента родов, осуществляющихся с квалифицированным медицинским сопровождением, безотносительно к этим более широким аспектам. Поскольку степень использования квалифицированного медицинского сопровождения можно оценить по данным стандартной национальной статистики, и эти данные позволяют осуществить относительно однозначное международное сравнение, необходимы более специфические исследования, чтобы понять, какие комбинации условий системы здравоохранения необходимы для того, чтобы квалифицированное медицинское сопровождение родов сыграло свою позитивную роль.

3.1 Характеристики отдельных стран по ситуации с квалифицированным медицинским сопровождением

В четырех странах, которые сравнивались в этом исследовании, основные показатели иллюстрируют сложность взаимосвязей между квалифицированным медицинским сопровождением родов и уровнем материнской смертности. Например, в то время как в Уганде распространенность квалифицированного медицинского сопровождения родов более чем втрое выше, чем в Бангладеш (39% родов по сравнению с 12% в Бангладеш), уровень материнской смертности оказывается выше в Уганде – 505 по сравнению с 440 в Бангладеш. Имеется ряд возможных объяснений такой ситуации. Поскольку клинические потребности (которые могут быть предметом исследования) являются одинаковыми, возможно, качество стационарной помощи в Уганде является более низким, вследствие чего экстренные случаи не получают быстрого отклика и не лечатся эффективно. В одном из исследований показано, что лишь в 57% стационаров в Уганде осуществляется общее обезболивание [22]. В отношении штата, осуществляющего лечение осложнений, в Бангладеш имеется значительно больше врачей на душу населения – 20 врачей на 100000 населения [23], по сравнению с 5,3 в Уганде [24]. Кроме того, Бангладеш является более густонаселенной страной, с относительно немногочисленными географическими барьерами, что может означать, что здесь имеется достаточно быстрая и легко доступная система оказания экстренной медицинской помощи, в противоположность типичным условиям в Африке. Другое возможное объяснение может заключаться в том, что женщины в Бангладеш могут иметь большую готовность и возможность обращаться за экстренной помощью при возникновении осложнений, даже если изначально роды

происходили на дому. Наконец, более высокие уровни ВИЧ/СПИД среди женщин детородного возраста в Уганде также могут сказываться на показателе материнской смертности.

В России и Южной Африке, в то время как квалифицированное медицинское сопровождение родов является практически всеобщим (более 95% и 86% соответственно), показатели хуже, чем можно было бы ожидать, так, материнская смертность в России составляет 40, а в Южной Африке – 150 (в сравнении с средним показателем по Европейскому Сообществу в 5,5, а по Центральной и Восточной Европе в 14,3 на 2000 г. [25]). Ситуация такова несмотря на наличие избыточного штата в России, с более чем двукратным превышением количества акушерок на 100000 населения, по сравнению с некоторыми западно- и восточноевропейскими странами [26]. Исследование в Южной Африке, в частности, показало, что оценка квалифицированного медицинского сопровождения родов является лишь первым шагом на пути понимания факторов, определяющих показатели охраны материнского здоровья. В соответствии с «Конфиденциальным расследованием причин материнской смертности» этой страны в 1999-2000, «проблемы в лечении женщин медицинскими сотрудниками имели место более чем в половине случаев материнской смерти, причем наиболее выражены эти проблемы были на уровне первичного звена здравоохранения» [27]. Общими проблемами являлись неверный диагноз, плохой мониторинг пациенток, недостаточное следование стандартным протоколам. Кроме того, в ряде исследований было документировано низкое качество оказываемой помощи. Наиболее впечатляющим является пример, приводимый в работе Jewkes et al., который описывает физические и вербальные оскорбления женщин в акушерских медсестринских учреждениях в Кейптауне [28]. Эти факты подтверждают, что ситуация, в которой работает штат, качество управления человеческими ресурсами, и вопросы, касающиеся мотивации медицинских работников, являются настолько же важными, насколько и наличие или отсутствие штата как такового.

Исследование в России также показало, что на фоне практически обязательного квалифицированного сопровождения родов по-прежнему сохраняются значительные различия в клинической практике, влияющие на качество помощи и ее результаты. Обзор данных за 2002 г по Тульской области выявил широкие различия по рабочей нагрузке и клинической практике между отдельными акушерскими учреждениями, и в целом в отношении деятельности системы здравоохранения. Так, частота осуществления эпизиотомии варьировала от 9 до 80%, причем это не было связано с мощностью учреждения или характеристиками персонала. Показатели процесса, такие как госпитализация беременных, также варьировали независимо от количества штата и рабочей нагрузки (в различных учреждениях от 50 до 100% женщин были госпитализированы за период беременности). Отчасти причины могут быть связаны со сдвигами в системе здравоохранения в направлении от выраженной централизации и иерархии к децентрализованной системе с нечеткими способами регулирования. Имеются признаки того, что руководство стационаров стремится сохранить имеющиеся

избыточные штат и инфраструктуру с целью получения финансирования на прежнем уровне. [29].

Сравнительный анализ показывает, что даже наиболее рекомендуемое вмешательство с целью снижения материнской смертности, квалифицированное сопровождение родов, во многом зависит от функционирования системы – в особенности от того, насколько штат качественно способен решать экстренные проблемы, продуманного расположения сопровождающих, доступности. Далее, анализ показывает, что структура человеческих ресурсов в системе значительно воздействует на поведение работников здравоохранения, определяя качество оказываемой ими помощи.

4. Роль частного сектора

Вторая проблема, выявленная при сравнении данных четырех стран, где важность особенностей системы очевидна, относится к концепции оказания частных медицинских услуг по охране материнского здоровья. Во многих странах частный сектор может играть существенную роль, так как планирование и сохранение в отношении антенатальной помощи и помощи в родах возможно в значительно большей степени, чем в других областях здравоохранения. Вследствие этого возможна большая степень свободы принятия решения и осуществления выбора для индивидуума. Хотя было бы предпочтительно получить четкий ответ на вопрос о том, позитивен или негативен вклад частного сектора в охрану материнского здоровья, роль и вклад этого сектора в значительной степени варьирует в зависимости от того, каким образом он встраивается в систему здравоохранения в целом. Сравнительный анализ показывает, что наиболее важен вопрос не о том, насколько велика должна быть доля частных услуг, но как именно они должны осуществляться. Выделено пять ключевых аспектов организации частных медицинских услуг:

- Услуги, оказываемые частным звеном здравоохранения;
- Группы населения и территории, обслуживаемые частными учреждениями;
- Вклад частного сектора в общественное здравоохранение;
- Связи между частными службами охраны материнского здоровья и другими медицинскими службами;
- Присутствие частной практики среди работников общественного сектора здравоохранения – включая неофициальные платежи.

4.1 Структура частного сектора здравоохранения в отдельных странах

Южная Африка тратит приблизительно 8,5% ВВП на здравоохранение, но почти 60% этих расходов приходится на частный сектор, который преимущественно обслуживает 23% населения в рамках частного медицинского страхования (Wolvardt & Palmer, 1997). В соответствии с данными министерства здравоохранения, 9% рожают в частных медицинских учреждениях. Этот процент доходит до 63% у белых жителей Южной Африки.

В течение последних двух декад отмечался существенный рост частного сектора, в нем оказывается занято все возрастающее количество врачей и других медицинских сотрудников. Хотя стационары и медицинские специалисты, обслуживающие их, потребляют большую часть финансирования, имеется также много врачей общей практики, работающих в районах и сельских территориях, и осуществляющих медицинское обслуживание преимущественно малообеспеченной категории населения, часть которого имеет медицинское страхование, а часть получает услуги платно.

В России частный сектор только медленно формируется, и потому его роль в осуществлении охраны материнского здоровья ограничена. Основная помощь при беременности и родах оказывается на уровне стационара, и частные услуги в этой сфере практически отсутствуют. Однако, формальное отсутствие частного сектора не устраняет стимулов для неофициальной приватизации отдельных элементов медицинской помощи. Данные Восточной Европы, где система остается такой же, показывают, что неофициальные платежи в системе охраны здоровья матерей выше, чем в других областях, вследствие планируемого характера необходимых процедур, длительного контакта пациентов с медицинской системой, и готовности пациентов платить [30-34].

В Уганде многие области обслуживаются частными врачами, хотя специализированные клиники обычно расположены в центрах городов. Традиционные целители также обычное явление, особенно на местном уровне, и индивидуум часто делает выбор между традиционными и современными медицинскими специалистами. Более крупные некоммерческие учреждения также существуют по всей стране. По представлению клиентов качество частных медицинских услуг является высоким. Объяснением же такого представления является более свободный выбор времени визита к врачу и меньшее время ожидания в очереди [35]. Частные некоммерческие госпитали, как было показано, располагают лучшим диагностическим и лечебным оборудованием, по сравнению с государственными медицинскими учреждениями [36]. Однако исследование, проведенное в 1997 выявило, что в большинстве частных учреждений, хотя врачи лицензированы для руководства клиникой (и предполагается, что они его и осуществляют), фактически в их отсутствие клиникой руководят сестры [37]. Кроме того, было выявлено некорректное осуществление назначений, особенно в тех случаях, когда клиника продает лекарства с целью повышения доходов [38].

Как и в Уганде, в Бангладеш частный сектор представлен разнородными учреждениями с разной формой собственности, различными мотивациями и ориентацией на различные ценности [39]. Множество различных сотрудников, как подготовленных с медицинской точки зрения, так и неквалифицированных, оказывает частные медицинские услуги. Неквалифицированная категория включает тех, кто занимается традиционным траволечением, целителей, гомеопатов и неквалифицированных медицинских специалистов, которые практикуют биомедицину. В городском частном секторе преобладают квалифицированные специалисты. Однако в сельских областях большую часть услуг оказывают неквалифицированные лица. В городских условиях общественный сектор оказывает преобладающую часть стационарных и профилактических услуг, в то время как на долю частного сектора приходится основная часть амбулаторных услуг. В целом, частные медицинские учреждения являются небольшими, с ограниченными ресурсами и возможностями, незначительно взаимодействующие с общественным сектором, с ограниченным регулированием. Однако потребность в их услугах, как было показано, велика [40].

4.2 Вклад частного сектора в охрану материнского здоровья

Разнообразие данных, полученных в различных странах, показывает, что вклад частного сектора в дело охраны материнского здоровья зависит от особенностей обслуживаемого населения. Южная Африка обладает хорошо развитым частным сектором, учреждения которого оказывают широкий спектр услуг от первичного до третичного уровня, однако элитные в материальном аспекте слои населения обращаются за частными услугами наиболее часто. Было проведено мало исследований, касающихся качества медицинской помощи, оказываемой в частном секторе, однако данные Южноафриканского Исследования по демографии и Здоровью от 1998 года показывают, что для частного сектора характерно оказание избыточного количества медицинских услуг, в частности, частота кесарева сечения составила 37,3% [41]. Небольшое исследование, в котором сравнивалось качество антенатальной помощи, оказываемой частными врачами общей практики в бедном городском районе, и качество помощи, оказываемой в государственных клиниках, показало, что в первом случае качество было выше [42]. Эти результаты вступают в противоречие с другим исследованием, которое показало, что, в отношении помощи, оказываемой в случае заболеваний, передающихся половым путем, врачи общей практики оказывали услуги низкого качества, в особенности платным пациентам [43]. Частный сектор, отличающийся высоким уровнем оплаты труда врачей, может оказывать отрицательное влияние на государственные службы, поскольку может возникать отток квалифицированных работников из государственной системы в случаях, когда имеется существенное неравенство в доходах – однако взаимоотношения между двумя секторами часто осложнены. Проведенное в 1999 исследование показало, что в Южной Африке 72,5% медицинских специалистов работает в частном секторе [44]. Женщины, которые рожают в государственных учреждениях, могут столкнуться с помощью более низкого качества вследствие «оттока мозгов» в частный сектор. Кроме

того, государственная система боролась за того, чтобы сделать аборт широко доступной услугой, несмотря на либеральный закон об абортах, в основном вследствие нежелания работников здравоохранения осуществлять это вмешательство. В тоже время ряд частных некоммерческих организаций сыграл важную роль в том, чтобы сделать безопасные аборт широко доступными, хотя в стране все еще сохраняется какая-то доля нелегальных абортов.

Еще более существенные проблемы связаны с производством абортов в России, где нелегальные аборт являются широко распространенными, несмотря на доступность этого вмешательства в официальных учреждениях. Осложнения абортов определяют около 25% материнской смертности в России, и проведенное исследование показало, что большая часть этих смертей (90% в одном из исследований [45]) связана с нелегальными или произведенными вне медицинских учреждений абортами. До сих пор мало известно о том, кто производит эти аборт (квалифицированный персонал, другие специалисты или сами женщины), кто обращается за такими услугами, хотя известно, что такие услуги не подкреплены достаточными связями с остальной медицинской инфраструктурой. Аборт в России являются легальными и широко распространенными, однако очевидно, что многие женщины не прибегают к услугам официальных учреждений. Подпольный или незаконный частный сектор может и не влиять на навыки в общественном секторе, однако в отсутствие соответствующих процедур или налаженных связей с экстренными службами, они могут заметно повышать уровень риска для материнского здоровья.

В нашем исследовании в странах с низким экономическим уровнем частный сектор играет различную роль. Частные коммерческие услуги часто используются преимущественно богатыми категориями населения, но в странах с низким экономическим уровнем часто ведется борьба с неофициальным частным сектором, куда который часто обращаются женщины за услугами. Преимущественно это традиционные повитухи. Последние сопровождают значительную долю родов в Бангладеш и Уганде, однако эта классификация может включать значительное число групп, от пожилых родственников, принимающих роды от случая к случаю, до опытных сотрудников государственных учреждений, которые могут иметь связи с медицинскими учреждениями. Некоторые частные негосударственные организации также обслуживают сельские или более бедные районы, больницы при религиозных миссиях. В некоторых областях такие учреждения не конкурируют с государственными, а скорее являются единственным выходом для бедных сельских женщин. Это, в свою очередь, заставляет подумать о том, что частный сектор мог бы дополнять государственный, а не конкурировать с ним. Однако, в Уганде и Бангладеш имеет место процветающий частный сектор (подобный таковому в Южной Африке, но меньший по масштабу, который обслуживает элитные богатые сообщества.

4.3 «Неофициальная» частная медицинская помощь

Дискуссия, приведенная выше, иллюстрирует важность структуры частного сектора с точки зрения его воздействия на охрану материнского здоровья. Два другие специфические вида неофициальной частной деятельности, как было показано, также существенно воздействуют на то, как могут влиять на охрану материнского здоровья услуги, скрывающиеся под общим наименованием «частных сервисов». Имеет место взимание неофициальной оплаты, а также так называемая «двойная практика», в рамках которой сотрудники государственных медицинских учреждений в рабочие часы занимаются также и частной практикой, что вступает в противоречие с их официальными обязанностями. Неофициальные платежи подрывают политику оказания бесплатных услуг и наносят несправедливый урон тем, кто не в состоянии платить. Двойная практика еще в большей степени уменьшает доступность услуг для тех, кто не в состоянии платить, направляя ресурсы к пациентам, способным оплачивать медицинскую помощь.

В Бангладеш сотрудники государственных медицинских учреждений, как правило, вовлечены в двойную практику из-за необходимости повысить доходы. Профессиональная частная медицинская помощь по охране материнского здоровья в Бангладеш в основном осуществляется в городских клиниках, часто силами медицинских работников государственного сектора. Основными оказываемыми услугами являются лабораторные исследования, ограниченная дородовая и послеродовая помощь, роды посредством кесарева сечения. Во многих областях эти услуги доступны только в частных учреждениях. В настоящем исследовании было обнаружено, что очень немного кесаревых сечений осуществлялось в государственных учреждениях, и женщины, которым было произведено УЗИ, сообщали, что они сделали это в частных клиниках. Было показано, что врачи обычно направляют женщин для кесарева сечения в свои частные клиники (в тех случаях, когда для этого нет очевидной необходимости), где они могут получить высокую оплату. Государственное исследование показало также, что врачи в состоянии удвоить свои доходы путем участия в частной практике [39]. Однако отсутствие возможности получить такие услуги как УЗИ или кесарево сечение, не обращаясь в частные учреждения, может оказать существенный вред наиболее бедным женщинам, у которых в экстренных случаях может не оказаться финансовых источников.

Сходные проблемы существуют в Уганде, где велика утечка лекарств из государственного сектора в частный, и многие виды неофициальной частной деятельности оказываются в государственных учреждениях, как, например, оплата услуг, или продажа предметов снабжения и еды [46]. Это, однако, представляется общей стратегией выживания для низкооплачиваемых работников здравоохранения. В одном исследовании было показано, что наибольшую выручку им приносит перепродажа лекарств. Медики в дальнейшем объясняли, что взимание неофициальной платы в акушерских отделениях является более прибыльным, нежели в других стационарах или амбулаторных учреждениях. Была выявлена дискриминация, связанная с неофициальными платежами, т.к. они были выше в учреждениях, преимущественно обслуживающих более состоятельный контингент, в то же время создавая барьер на пути

доступа к медицинской помощи более бедных женщин, а нехватка медикаментов просто приводила к снижению их потребления [47].

В противоположность этому, не было найдено доказательств того, что неофициальные платежи представляют собой серьезную проблему в медицинских учреждениях Южной Африки. Хотя медики выражают неудовлетворенность своим вознаграждением, жалование выплачивается регулярно и обеспечивает прожиточный минимум. Правительство предпринимало попытки обеспечить лучшее регулирование медиков с целью исключить двойную практику на протяжении рабочих часов. Было проведено мало исследований на эту тему, но существуют неофициальные сведения, что часть врачей, преимущественно старших, в течение рабочего дня не находятся на своем посту, а предпочитают консультировать частных клиентов, хотя предполагается, что они работают на государство. Многие медицинские сестры, работающие в государственных учреждениях, подрабатывают в частном секторе, чтобы пополнить доходы. Наконец, данные по России скудны, однако информация, полученная от опрошенных лиц, подтверждает, что неофициальная оплата является всеобщим явлением в российской акушерской службе, включая плату за элективное кесарево сечение и эпидуральную аналгезию, также как и за разрешение партнеру присутствовать при родах или матери находиться вместе с ребенком.

Однако влияние такой практики может быть неоднозначным. Имеется недостаточно сведений о влиянии неофициальных платежей на качество клинической помощи, однако доход от неофициальных платежей, перепродажа лекарств и двойная практика являются стимулами, заставляющими врачей работать в системах здравоохранения с низким уровнем финансирования. Хотя неофициальные платежи могут быть неэтичными и противоречить политике бесплатной медицинской помощи, они в то же время могут быть важны для мотивации сотрудников и способствовать их дальнейшему пребыванию в системе. Необходимо выяснить, кто в более бедных областях должен платить неофициально, и насколько велик барьер, который это создает для бедных и маргинальных элементов. Во всех этих случаях масштаб и роль частного сектора может оказывать влияние на ресурсы, доступные в государственном секторе, воздействовать на выбор и доступность услуг, и приводить к потенциальному неравенству исходов. Именно эти структуры в большей мере, чем действительная степень вовлечения частного сектора в охрану материнского здоровья, определяет то, как частный сектор влияет на результаты его охраны.

5. Реформы здравоохранения

Последний вопрос, который, как было выявлено в данном исследовании, иллюстрирует причинные связи между техническими мерами в системе здравоохранения и результатами охраны материнского здоровья, это вопрос реформ здравоохранения. Во

многих странах низкого и среднего экономического уровня в последние годы были предприняты реформы с целью повысить эффективность деятельности сектора, а также разрешить такие проблемы как нехватка ресурсов и неудовлетворительные результаты охраны здоровья. Общие реформы включали такие изменения как децентрализация управления здравоохранением и перенос финансирования от центра к местным уровням, интеграцию ранее разобщенных медицинских служб, приватизацию служб, и финансовую реформу, затрагивающую сбор и выплату средств сектора здравоохранения [48, 49].

Из немногих статей, в которых рассматривались связи между системой здравоохранения и материнским здоровьем, в одном фокус был сделан на том, как реформы здравоохранения могут повлиять на медицинскую помощь женщинам. McDonagh и Goodburn рассматривали эту тему ретроспективно, стремясь установить, каким образом материнское здоровье и результаты оказания медицинской помощи в этой сфере изменились после осуществления реформ [13]. Но было сделано недостаточно, чтобы описать причинно-следственные связи между комплексными реформами, такими как децентрализация или изменения финансирования в масштабе всей системы, и охраной материнского здоровья. Реформы здравоохранения – комплексный процесс, затрагивающий локальные системы, в которых работают индивидуумы, приводящий к сдвигам в структурах стимулирования, регуляторных механизмах, способах реализации ответственности. Они также могут воздействовать на макроокружение системы здравоохранения, вызывая изменения численности и распределения штатов, и способствуя созданию новых структур и иерархии в этой системе. Несмотря на эту сложность, во всех четырех исследованных странах значимость реформа здравоохранения для охраны материнского здоровья оказалась очевидна.

Эмпирические исследования часто показывали, что реформы здравоохранения могут иметь негативные последствия для оказания и потребления услуг в сфере охраны материнского здоровья, и процесс перемен может осложнять профессиональные взаимоотношения и приводить к перегрузке работников [50-52]. Однако, пример России иллюстрирует тот факт, что отсутствие реформ может быть столь же проблематичным, поскольку негативные показатели материнского здоровья, такие как уровень материнской смертности, снизились, однако остаются выше, чем достигнутые в большинстве стран бывшего коммунистического лагеря Центральной и Восточной Европы. Советская система здравоохранения предоставляла широкий всеобщий доступ к услугам специалистов, причем акцент часто делался на количественной стороне медицинской помощи, и во многом система осталась неизменной, хотя финансирование менялось. Необходимость реформ системы охраны материнского здоровья велика, учитывая широкомасштабные перемены, возникающие в социальной и политической системе, таких как автономия регионов и децентрализация системы здравоохранения. Несмотря на снижение финансирования, и попытки снизить степень медицинского вмешательства при родах путем передачи части услуг в ведение врачей общей практики, частота госпитализации и инвазивных вмешательств остается чрезвычайно высокой. Снижение рождаемости и пустующие акушерские койки также не сместили фокус медицинской помощи, в то же

время создавая стимулы для более частой госпитализации женщин на более длительные периоды – особенно в связи с тем, что нормы, регулирующие финансирование акушерских учреждений, по-прежнему рассчитываются исходя из числа коек.

5.1 Финансовые реформы - опыт стран

Одна из наиболее распространенных реформ, предпринятых в сфере здравоохранения – это введение платных услуг в государственном секторе. Некоторые исследователи уже обсуждали вопрос о том, насколько эта мера могла снизить обращаемость за акушерской помощью в странах с низким экономическим уровнем, и насколько серьезную проблему может представлять собой плата за экстренную помощь [53-55]. Однако влияние изменения системы оплаты пациентами медицинской помощи будет зависеть от структуры платежей и барьеров для доступа к медицинской помощи, существующих в данной системе. Страны, включенные в данное исследование, имеют различный опыт, касающийся оплаты услуг пациентами. В Бангладеш не существует официальной оплаты акушерских услуг, однако значение неофициальных платежей уже освещалось выше. В Уганде неофициальные платежи были распространены по всему сектору здравоохранения в 1992-1993, но практически устранены к 2001. В Южной Африке это явление также было обычным, но плата за услуги по охране здоровья матерей и детей была устранена в 1994.

Было показано, что в Уганде оплата услуг пациентами повысила мотивацию медиков [56], однако привела к снижению потребления медицинских услуг [53]. Конечный эффект оказался неблагоприятным для потребителя, так как средства часто не направлялись на улучшение качества помощи. После устранения оплаты услуг пациентами, в сочетании с повышением сумм, выделяемых на лекарства, анализ показал широкомасштабное повышение потребления разнообразных услуг, хотя имеются сообщения противоположного характера относительно того, имелся ли ощутимый прирост профессионального приема родов [57, 58]. Возможно, устранение платежей пациентов при родовспоможении не привело к значительному росту родов, проходящих в условиях клиники, поскольку эти платежи представляли собой лишь незначительную долю в общих затратах на охрану здоровья женщин [53].

В Южной Африке, после прихода к власти нового правительства (ANC) в 1994, одним из первых стало обязательство обеспечить бесплатное медицинское обслуживание беременных женщин и детей до 6 лет. Национальных исследований по результатам этой реформы проведено не было. Обзор литературы, включающий ряд небольших исследований, проведенный Schneider и Gilson, показывает, что первоначально имелся некоторый прирост потребления медицинских услуг, но он не оказался устойчивым. Это может быть связано с тем, что взимание платы до ее отмены происходило на скорее на случайной основе, с широко распространенными исключениями для более бедных

пациентов, и клиники не отказывали в предоставлении услуг в том случае, если женщина не была в состоянии заплатить [59].

Хотя опыт показывает, что взимание платы приводит к снижению потребления медицинских услуг, устранение оплаты не обязательно приведет к повышению их потребления и улучшению результатов. В некоторых случаях неофициальная оплата может быть значительно выше, чем первоначально взимаемая официальная. Более того, существует ряд серьезных препятствий к потреблению услуг, которые могут действовать в параллельно с финансовым аспектом. В Уганде и Бангладеш общие барьеры оказались связаны с социо-культурными нормами, предполагающими роды дома или в присутствии традиционной повитухи, бытующим мнением о низком качестве помощи в медицинских учреждениях, и проблемами территориальной доступности. Барьеры на пути доступа к помощи будут действовать динамическими взаимно стимулирующими путями, и стоимость услуг будет лишь одним из компонентов, воздействующих на их потребление, в частности потому, что предполагается, что официальная оплата должна способствовать улучшению качества помощи. Хотя можно сказать, что устранение платы за медицинские услуги должно стимулировать их потребление, если все прочие условия сохраняются неизменными, в реальных медицинских системах такое постоянство условий достигается редко. Наши случаи лишь продемонстрировали, как прочие элементы системы связаны с оплатой услуг пациентами, включая неофициальные платежи и барьеры на пути доступа к помощи; это необходимо понять, чтобы выяснить, как реформирование системы оплаты медицинской помощи может воздействовать на состояние охраны материнского здоровья.

6. Заключение

В данной статье представлены результаты сравнительного анализа исследований, проведенных в четырех странах, посвященных изучению проблемы охраны материнского здоровья с точки зрения системы здравоохранения. Наш подход позволяет показать, как процессы, происходящие в системе в целом, влияют в рамках имеющейся совокупности условий на охрану материнского здоровья. В частности, рассмотрение двух стран с низким и двух – со средним экономическим уровнем позволило выявить три основных элемента, которые показывают, как условия системы определяют результаты охраны материнского здоровья. Однако нужно также понимать, что были выявлены именно общие аспекты, но важная роль остается за местным контекстом. В этом исследовании подчеркивается, что было важно в анализе структур, обеспечивающих охрану материнского здоровья, предпринятом для выявления причинно-следственных связей между техническими вмешательствами и результатами исходами, касающимися состояния материнского здоровья.

Важность человеческих ресурсов лежит в основе большинства медицинских услуг. Что касается конкретно сферы охраны материнского здоровья, было продемонстрировано, что квалифицированное сопровождение родов является необходимым элементом для снижения материнской смертности. Однако та степень, до которой квалифицированный сопровождающий может способствовать достижению этой цели, зависит также от особенностей всей системы, в рамках которой он(а) действует. Высокие уровни квалифицированного сопровождения в сочетании с ненужным смешиванием между врачами и акушерками, и неразумным распределением персонала могут приводить к результатам ниже оптимальных, если практика медиков построена так, что снижет эффективность и результативность помощи. Следствием этого может являться ситуация, когда в некоторых областях с невысоким распространением квалифицированного сопровождения материнская смертность может быть ниже, чем в других, где это сопровождение более распространено. Возможность получить экстренную медицинскую помощь и качество этой помощи при жизнеугрожающих осложнениях без сомнения могут объяснить часть этих расхождений. Размеры и свойства частного сектора также могут играть важную роль в обеспечении охраны материнского здоровья. Но в ситуации, характеризующейся существенным неравенством доходов населения, как, например, в Южной Африке и городских районах Уганды, частный сектор может привлекать большое количество квалифицированных специалистов из государственного сектора, оказывая негативный эффект на состояние последнего. В более бедных районах, однако, частные службы могут существовать в отсутствие каких-либо государственных учреждений, как, например, в сельских областях Уганды и Бангладеш (такие как НГО или больницы при религиозных миссиях). В этом случае частный сектор может играть необходимую и серьезную роль, дополняя государственный, и наиболее важными становятся проблемы координации и интеграции частного сектора с другими системы здравоохранения.

В тех случаях, когда частный сектор действует на неофициальной основе, результаты, касающиеся материнского здоровья, также могут быть неоднозначны. Если предлагаются неофициальные или полуофициальные услуги, как в случае абортов в России, это может отделять поставщиков таких услуг от остальной системы здравоохранения, тем самым повышая риск для здоровья женщин. Если неофициальная система тесно связана с официальной практикой, как в случае с неофициальными платежами в областях с низким доходом, или когда частная практика осуществляется в официальное рабочее время, результаты, касающиеся качества помощи, могут быть не столь драматическими. Взамен этого, такая практика может подрывать государственную политику бесплатного оказания медицинских услуг женщинам, и приносить выгоду состоятельным гражданам, или снижать использование таких услуг более бедными. Однако, неофициальные стимулы могут также поддерживать работников государственного сектора на должностях, которые в противном случае оставались бы незанятыми.

Наконец, реформы системы здравоохранения, такие как изменение системы оплаты, в настоящее время осуществляются во многих странах. Данное исследование демонстрирует, что реформы не могут иметь однозначно позитивного или негативного

результата. Их эффект воздействия на охрану материнского здоровья зависит от особенностей системы, в которой они осуществляются. Действительно, недостатки реформ в России после перехода от советского периода связаны с недостаточным прогрессом по многим показателям общественного здоровья. В других странах реформы, коснувшиеся оплаты услуг пациентами, привели к различным результатам. Однако исследование различных путей изменения системы в процессе реформ показывает, что нет прямой линейной зависимости между проведением реформ и их результатом. Структура системы и способ, которым начаты реформы, будет определять исход. Например, введение оплаты за услуги может снизить потребление этих услуг, однако отмена этой платы может не повысить этот спрос, вследствие наличия ряда возможных барьеров для доступа к медицинской помощи, включая неофициальные платежи и представление о низком качестве государственной медицинской помощи. Система стимулов, доступная материнской смертности, технические вмешательства должны сопровождаться необходимыми изменениями в структуре самой системы здравоохранения, где осуществляются эти вмешательства. Слишком часто вмешательства разрабатываются и осуществляются «вертикальным» способом, без учета общих особенностей системы, что приводит к разочаровывающим результатам. Поскольку вмешательства, необходимые для снижения материнской смертности, хорошо известны в международной практике, гораздо более сложной является проблема их эффективной реализации с учетом ограничений, существующих в данной системе.

Список литературы

1. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. Safe motherhood strategies: A review of the evidence. Antwerp: ITGPress; 2001.
2. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: Sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal* 2001;322(14 April).
3. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1992;23(1):23-33.
4. Maine D. What's so special about maternal mortality. In: Berer M, Ravindran TS, editors. Safe motherhood initiatives: Critical issues. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1999.
5. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(5).
6. WHO. Improve access to maternal health services. World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998: Information Toolkit; 1998.
7. Kutzin J. Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. *Human Resources Development and Operations Policy: The World Bank*; 1993.
8. Breslin M. Almost one in three Ugandan births are unwanted or mistimed, but few women practice contraception. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(1):46-47.

9. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. International Safe Motherhood Conference; 1987; Nairobi: World Bank, WHO, and UNFPA.
10. Family Care International. Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health. New York: Family Care International; 1999.
11. Graham WJ. Now or never: the case for measuring maternal mortality. *The Lancet* 2002;359:701-704.
12. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(5):667-676.
13. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITG Press; 2001.
14. Ssengooba F, Neema S, Mbonye A, Sentubwe O, Onama V. *Maternal Health Review, Uganda*. Kampala: Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Program; 2002.
15. Rahman SA, Parkhurst JO, Normand C. *Maternal health situation in Bangladesh: report based on literature review*. Dhaka: Health Systems Development Program; 2002.
16. Penn-Kekana L, Blaauw D. A rapid appraisal of maternal health services in South Africa: a health systems approach. Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Health Systems Development Program; 2002.
17. Danichevski K, Balabanova D, Parkhurst J, McKee M. *Russia reproductive health situation analysis*. Moscow: Moscow Medical Academy, Health Systems Development Program; 2002.
18. United Nations. *The millennium development goals and the United Nations role*: United Nations Department for Public Information; 2000.
19. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerveghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
20. Gunaserera PC, Wijesinghe PS. Maternal health in Sri Lanka. *The Lancet* 1996;347(March 16):769.
21. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, Silva AD, et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, D.C.: The World Bank, Human Development Network; 2003.
22. Uganda Ministry of Health, WHO. *Safe Motherhood needs assessment survey: 1995-1996*. Kampala: Uganda Ministry of Health; 1996.
23. WHO. *WHO Estimates of Health Personnel*. 2004, online version accessed March 2004: http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
24. Uganda Ministry of Finance Planning and Economic Development. *Human Development Basic Indicators 1989 - 1998*. Kampala: Uganda Ministry of Finance, Planning and Economic Development; 1999.
25. WHO. *European health for all database*. Geneva: World Health Organization; 2003.
26. WHO. *European health for all database*. 2004, online version accessed March 2004 <http://hfadb.who.dk/HFA>.
27. South Africa Department of Health. *Saving mothers: second report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa, 1999-2001*. Pretoria: South Africa Department of Health; 2003.

28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine* 1998;47(11):1781-1795.
29. Danichevski K, Balabanova D, McKee M. Understanding decentralisation in the Russian health care system. London: Health Systems Development Program, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
30. Abel-Smith B, Falkingham J. Financing Health Services in Kyrgyzstan: the extent of private payments. London: London School of Economics and Political Science; 1995.
31. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002;62:243-273.
32. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 2002;6(1):65-73.
33. Karski J, Koronkiewicz A, Healy J. Health Care Systems in Transition. Poland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
34. Shishkin S. Formal and informal rules of out-pocket payments for health care in Russia. *Universe of Russia* 2003;12(3):104-131.
35. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medicine* 2000;50(2):203-213.
36. Ssengooba F, Atuyambe L, McPake B, Hanson K, Okuonzi S. What could be achieved with greater public hospital autonomy: comparison of public and PNFP hospitals in Uganda. *Public Administration and Development* 2002;22(414-428).
37. Birungi H, Mugisha F, Nsabagasani X, Okuonzi S, Jeppsson A. The policy on public-private mix in the Ugandan health sector: catching up with reality. *Health Policy and Planning* 2001;16(Supplement 2):80-87.
38. Jitta J, SR W, N N. The availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care. *Health Policy* 2003;65(2):167-179.
39. Bangladesh Health Economics Unit. Economic aspects of human resource development in health and family planning in Bangladesh: dual job-holding practitioners: An exploration. Dhaka: Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare; 1998.
40. Institute of Health Economics, National Institute of Population Research and Training. Private HNP sector assessment: findings of surveys on private providers and consumers.. Dhaka: University of Dhaka and National Institute of Population Research and Training; 2003.
41. South Africa Department of Health. Draft final report. South African demographic and health survey. Pretoria: South Africa Department of Health; 2001.
42. Mokhondo K, Pattinson R, Pullen A, Tshabalala A, Chaane T, van der Walt R, et al. The effect of involving private practitioners on the quality of antenatal care of the indigent population of Thembisa. 21st Conference on Priorities in Perinatal Care in Southern Africa; 2002 5-8th March; 2002.
43. Schneider H, Blaauw D, Magongo B, Khumalo I. STD care in the private sector. In: South Africa health review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
44. Van Rensburg D, Van Rensburg N. Distribution of human resources. In: Trust HS, editor. South African Health Review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
45. Frolova O. Maternal mortality after abortion. Moscow: The Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology of the Russian Academy of Medical Sciences and Open Society Institute /Soros Foundation; 2001.

46. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implication for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine* 1999;49(7):849-865.
47. McPake B, Asiimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Asaph T. The economic behaviour of health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of public health services. Department of Public Health and Policy Report. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1998. Report No.: 27.
48. WHO. World health report. Geneva: World Health Organization; 2000.
49. Dmytraczenko T, Rao V, Ashford L. Health sector reform: how it affects reproductive health. Washington: D.C.: Population Reference Bureau PRB MEASURE Communication 2003 Jun.; 2003. p. [8].
50. McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):108-19.
51. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):37-48.
52. Orubuloye IO, Oni JB. Health transition research in Nigeria in the era of the Structural Adjustment Programme. *Health Transition Review* 1996;6 (Supplement):301-24.
53. Nanda P. Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 2002;20(10):127-134.
54. Lubben M, Mayhew SH, Collins C, Green A. Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8):667-674.
55. Borghi J. What is the cost of maternal health care and how can it be financed? In: De Brouwere V, Van Lerveghé W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
56. Kyaddondo D, Whyte S. Working in a decentralised system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18:329-342.
57. Deininger K, Mpuga P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda: unpublished report; 2004.
58. Uganda Ministry of Health. Health Sector Strategic Plan 2000/01 - 2004/05. midterm review report. Kampala: Uganda Ministry of Health; 2003.
59. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Publishers (Reproductive Health Matters); 2001.

Factors of health care system, affecting maternal health: a comparison of four countries

Danishvskiy K. D.

MD, Professor, Higher School of Economics, Moscow

The article presents the results of a comparative study of the research carried out in four countries with different economic levels. Problem of maternal health from the perspective of the health care system was assessed. Results show how the processes taking place in the health system as a whole, influence maternal health within the existing set of conditions.

Key words: maternal mortality, healthcare system, public healthcare, private healthcare, healthcare reform

References

1. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
2. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: Sector-wide approaches may be the key. *British Medical Journal* 2001;322(14 April).
3. McCarthy J, Maine D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning* 1992;23(1):23-33.
4. Maine D. What's so special about maternal mortality. In: Berer M, Ravindran TS, editors. *Safe motherhood initiatives: Critical issues*. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1999.
5. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(5).
6. WHO. Improve access to maternal health services. *World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998: Information Toolkit*; 1998.
7. Kutzin J. Obstacles to women's access: issues and options for more effective interventions to improve women's health. *Human Resources Development and Operations Policy: The World Bank*; 1993.
8. Breslin M. Almost one in three Ugandan births are unwanted or mistimed, but few women practice contraception. *International Family Planning Perspectives* 1998;24(1):46-47.
9. Starrs A. Preventing the tragedy of maternal deaths. *International Safe Motherhood Conference*; 1987; Nairobi: World Bank, WHO, and UNFPA.
10. Family Care International. *Meeting the Cairo challenge: Progress in sexual and reproductive health*. New York: Family Care International; 1999.
11. Graham WJ. Now or never: the case for measuring maternal mortality. *The Lancet* 2002;359:701-704.
12. Langer A, Nigenda G, Catino J. Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(5):667-676.
13. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITG Press; 2001.
14. Ssenooba F, Neema S, Mbonye A, Sentubwe O, Onama V. *Maternal Health Review, Uganda*. Kampala: Makerere University Institute of Public Health, Health Systems Development Program; 2002.
15. Rahman SA, Parkhurst JO, Normand C. *Maternal health situation in Bangladesh: report based on literature review*. Dhaka: Health Systems Development Program; 2002.
16. Penn-Kekana L, Blaauw D. A rapid appraisal of maternal health services in South Africa: a health systems approach. Johannesburg: Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand, Health Systems Development Program; 2002.

17. Danichevski K, Balabanova D, Parkhurst J, McKee M. Russia reproductive health situation analysis. Moscow: Moscow Medical Academy, Health Systems Development Program; 2002.
18. United Nations. The millennium development goals and the United Nations role: United Nations Department for Public Information; 2000.
19. Graham WJ, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerveghe W, editors. Safe motherhood strategies: A review of the evidence. Antwerp: ITGPress; 2001.
20. Gunaserera PC, Wijesinghe PS. Maternal health in Sri Lanka. *The Lancet* 1996;347(March 16):769.
21. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, Silva AD, et al. Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka. Washington, D.C.: The World Bank, Human Development Network; 2003.
22. Uganda Ministry of Health, WHO. Safe Motherhood needs assessment survey: 1995-1996. Kampala: Uganda Ministry of Health; 1996.
23. WHO. WHO Estimates of Health Personnel. 2004, online version accessed March 2004: http://www3.who.int/whosis/health_personnel/health_personnel.cfm
24. Uganda Ministry of Finance Planning and Economic Development. Human Development Basic Indicators 1989 - 1998. Kampala: Uganda Ministry of Finance, Planning and Economic Development; 1999.
25. WHO. European health for all database. Geneva: World Health Organization; 2003.
26. WHO. European health for all database. 2004, online version accessed March 2004 <http://hfadb.who.dk/HFA>.
27. South Africa Department of Health. Saving mothers: second report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa, 1999-2001. Pretoria: South Africa Department of Health; 2003.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine* 1998;47(11):1781-1795.
29. Danichevski K, Balabanova D, McKee M. Understanding decentralisation in the Russian health care system. London: Health Systems Development Program, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
30. Abel-Smith B, Falkingham J. Financing Health Services in Kyrgyzstan: the extent of private payments. London: London School of Economics and Political Science; 1995.
31. Balabanova D, McKee M. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 2002;62:243-273.
32. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *African Journal of Reproductive Health* 2002;6(1):65-73.
33. Karski J, Koronkiewicz A, Healy J. Health Care Systems in Transition. Poland. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems; 1999.
34. Shishkin S. Formal and informal rules of out-pocket payments for health care in Russia. *Universe of Russia* 2003;12(3):104-131.
35. Amooti-Kaguna B, Nuwaha F. Factors influencing choice of delivery sites in Rakai district of Uganda. *Social Science and Medicine* 2000;50(2):203-213.

36. Ssenogooba F, Atuyambe L, McPake B, Hanson K, Okuonzi S. What could be achieved with greater public hospital autonomy: comparison of public and PNFP hospitals in Uganda. *Public Administration and Development* 2002;22(414-428).
37. Birungi H, Mugisha F, Nsabagasani X, Okuonzi S, Jeppsson A. The policy on public–private mix in the Ugandan health sector: catching up with reality. *Health Policy and Planning* 2001;16(Supplement 2):80-87.
38. Jitta J, SR W, N N. The availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care. *Health Policy* 2003;65(2):167-179.
39. Bangladesh Health Economics Unit. Economic aspects of human resource development in health and family planning in Bangladesh: dual job-holding practitioners: An exploration. Dhaka: Bangladesh Ministry of Health and Family Welfare; 1998.
40. Institute of Health Economics, National Institute of Population Research and Training. Private HNP sector assessment: findings of surveys on private providers and consumers.. Dhaka: University of Dhaka and National Institute of Population Research and Training; 2003.
41. South Africa Department of Health. Draft final report. South African demographic and health survey. Pretoria: South Africa Department of Health; 2001.
42. Mokhondo K, Pattinson R, Pullen A, Tshabalala A, Chaane T, van der Walt R, et al. The effect of involving private practitioners on the quality of antenatal care of the indigent population of Thembisa. 21st Conference on Priorities in Perinatal Care in Southern Africa; 2002 5-8th March; 2002.
43. Schneider H, Blaauw D, Magongo B, Khumalo I. STD care in the private sector. In: South Africa health review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
44. Van Rensburg D, Van Rensburg N. Distribution of human resources. In: Trust HS, editor. South African Health Review 1999. Durban: Health Systems Trust; 1999.
45. Frolova O. Maternal mortality after abortion. Moscow: The Research Centre of Obstetrics, Gynaecology and Perinatology of the Russian Academy of Medical Sciences and Open Society Institute /Soros Foundation; 2001.
46. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Ortenblad L, Streefland P, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: Implication for quality and accessibility of care. *Social Science & Medicine* 1999;49(7):849-865.
47. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, Ofumbi M, Asaph T. The economic behaviour of health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of public health services. Department of Public Health and Policy Report. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 1998. Report No.: 27.
48. WHO. World health report. Geneva: World Health Organization; 2000.
49. Dmytraczenko T, Rao V, Ashford L. Health sector reform: how it affects reproductive health. Washington: D.C.: Population Reference Bureau PRB MEASURE Communication 2003 Jun.; 2003. p. [8].
50. McIntyre D, Klugman B. The human face of decentralisation and integration of health services: experience from South Africa. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):108-19.
51. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Integrating reproductive health services in a reforming health sector: the case of Tanzania. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):37-48.
52. Orubuloye IO, Oni JB. Health transition research in Nigeria in the era of the Structural Adjustment Programme. *Health Transition Review* 1996;6 (Supplement):301-24.

53. Nanda P. Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters* 2002;20(10):127-134.
54. Lubben M, Mayhew SH, Collins C, Green A. Reproductive health and health sector reform in developing countries: establishing a framework for dialogue. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(8):667-674.
55. Borghi J. What is the cost of maternal health care and how can it be financed? In: De Brouwere V, Van Lerveghе W, editors. *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*. Antwerp: ITGPress; 2001.
56. Kyaddondo D, Whyte S. Working in a decentralised system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18:329-342.
57. Deininger K, Mpuga P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees: evidence from Uganda: unpublished report; 2004.
58. Uganda Ministry of Health. *Health Sector Strategic Plan 2000/01 - 2004/05. midterm review report*. Kampala: Uganda Ministry of Health; 2003.
59. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Publishers (Reproductive Health Matters); 2001.

Концепция охраны репродуктивного здоровья и активного социального долголетия

Аполихин О. И.

д.м.н., профессор, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, главный специалист Минздрава России по репродуктивному здоровью

В статье рассмотрены два системных подхода к организации здравоохранения – лечебный и профилактический. Делается вывод о приоритетности финансирования первичной медико-санитарной помощи, обращений с профилактической целью, а не обращений за помощью в случае нарушения здоровья. Подчеркивается важность приоритета профилактики и первичной медико-санитарной помощи на основе борьбы с факторами риска, а не просто раннего выявления уже имеющегося заболевания.

Ключевые слова: профилактическая медицина, эффективность здравоохранения, выявляемость заболеваний, национальная система здравоохранения

Министерство здравоохранения Российской Федерации добилось колоссальных успехов в борьбе с материнской и младенческой смертностью. Эти показатели достигли исторического минимума. Материнская смертность в России по итогам 2014 года впервые в истории нашей страны составила 10,8 на 100 тыс. человек, что на 4,4% ниже, чем в 2013 году и на 33,3% ниже, чем в 2011 году (16,2 на 100 тыс.). По итогам 2014 года показатель младенческой смертности составил 7,4 на 1 000 родившихся живыми, что почти на 10% ниже, чем в 2013 году. За 5 месяцев этого года уровень младенческой смертности достиг самого низкого в истории страны показателя – 6,7 на 1000 родившихся живыми. Во всех субъектах РФ сегодня действуют высокотехнологичные перинатальные центры, в которых любая женщина может получить квалифицированную медицинскую помощь при самых тяжелых заболеваниях. Дальнейшее улучшение этих показателей безусловно возможно, однако это потребует таких затрат, которые неприемлемы в условиях дефицита ресурсов. Кроме того, снижение материнской и младенческой смертности само по себе не приведет к улучшению демографической ситуации в стране. Для этого необходимы качественные изменения в системе охраны здоровья в целом, и репродуктивного здоровья в частности.

Существует два системных подхода, которые определяют структуру и функционирование систем здравоохранения *Medicina curativa* и *Medicina preventiva*. Первая направлена на максимально эффективное лечение больных, вторая построена на принципе сохранения здоровья здоровых. Основным принципом *Medicina preventiva* – «не дать заболеть». В странах социальной медицины, использующих бюджетную модель Семашко (Бевериджа, Бисмарка), т.е. неконкурентного, нерискового и некоммерческого ОМС, здоровье рассматривается не только как личный, но и как общественный актив, и основными инструментами являются обеспечение максимального равенства в доступе к помощи, при безусловном приоритете профилактики и раннего выявления болезней, сан-просвет

работы. Социальная модель – это пример профилактической медицины, направленной на создание социального мира, удовлетворение населения действиями власти.

Важно отметить, что мировой тренд развития социальной модели – эволюция социального страхования в сторону бюджетной модели, поскольку модель Бисмарка является нерыночной системой, её страховщики – по сути, некоммерческие кассы взаимопомощи, а её принцип – солидарные взносы работников и работодателей – не справляются с ростом числа нетрудоспособного населения, для оказания помощи которому быстро растет доля налогового (бюджетного) финансирования.

Наиболее типичный пример рыночной модели *Medicina curativa* – здравоохранение США, страны с традиционно очень развитым коммерческим страхованием. В рамках рыночной модели здоровье – личное дело каждого человека, который обязан сам управлять своим здоровьем как потребитель рынка медицинских услуг – приобретая их напрямую или с помощью страхового посредника, в рамках т.н. конкурентной рискованной модели с участием коммерческих страховщиков – заметим, именно эту модель рекомендуют России авторы «Стратегии-2020». Ключевая задача участников рынка – извлечение прибыли, которая максимальна при высокотехнологичном лечении запущенных и зачастую безнадежных больных – т.н. «снятие сливок», а не достижение социального мира. Это противоречит принципам равенства и социальной солидарности (здоровый платит за больного, а богатый за бедного). В такой системе профилактика и раннее выявление заболеваний, оздоровление экономически малоинтересны, т.е. суть модели – бизнес на болезнях. В этих условиях, поскольку население не способно само определять свои реальные потребности в медицинской помощи, а здоровье – неисчерпаемый источник потребностей в медуслугах, расходы при этой модели опережают управляемые показатели здоровья населения, а доступность помощи напрямую зависит от доходов, статуса и места проживания человека – в тех же США доступность помощи в сельских районах большая проблема, поскольку инвестиции в медицинскую инфраструктуру малонаселенных территорий невыгодны.

Эволюция системы здравоохранения в сторону бюджетной требует изменения всей парадигмы. Приоритетом действий должно быть финансирование первичной медико-санитарной помощи, обращений с профилактической целью, а не обращений за помощью в случае нарушения здоровья. Экономическая заинтересованность ЛПУ в максимальном числе пациентов приводит к формированию системы, основанной на пассивной обращаемости. При этом финансирование идет вслед за заболевшим пациентом. Врач, не заинтересованный в здоровье своих пациентов фактически является диспетчером, перенаправляющим всех поступивших к нему пациентов на следующий уровень оказания медицинской помощи.

Благодаря «эффекту рычага» 1 рубль, вложенный в профилактику, оказывает такой же эффект на здоровье общества, как 40 рублей вложенных в высокотехнологичную медицинскую помощь.

Для наглядности мы хотим через узкий срез охраны репродуктивного здоровья показать различия в системах *Medicina curativa* и *Medicina preventiva*. Важно понимать, что не бывает идеального королевства в неидеальном государстве. Поэтому любая внутрисистемная производная отражает достоинства и недостатки всей системы в целом.

Таблица 1. Сравнение систем здравоохранения.

Показатель	<i>Medicina curativa</i>	<i>Medicina preventiva</i>
Основной акцент системы	Высокотехнологичное лечение (ЭКО/ИКСИ)	Первичная профилактика, санпросвет работа, диспансеризация
Парадигма	«Лечение больного человека»	«Не дать заболеть здоровому»
Принцип работы с пациентами	“Collecting”	“Selecting”
Основное место оказания помощи	Перинатальные центры, клиники ВРТ	Первичное звено, кабинеты здоровья (кабинеты репродуктивного здоровья)
Доля пациентов, доходящих до уровня ВМП	На входе 100, на выходе 100	На входе 100, на выходе 10
Индикаторы работы системы	«Индикаторы болезни»: материнская и младенческая смертность, заболеваемость, число операций ЭКО/ИКСИ и т.п.	«Индикаторы здоровья»: рождаемость, репродуктивный потенциал, группы репродуктивного риска
Принцип финансирования	Деньги идут за больным человеком	Фондодержатели – врачи первичного звена.
Основное выделение средств	На III уровне	На I уровне

Финальная эффективность работы системы здравоохранения должна оцениваться не по реализационным показателям болезни (таким как материнская смертность, заболеваемость, число выполненных операций и пр.) а по созданным интегральным показателям здоровья (репродуктивный потенциал, репродуктивный регистр, группы репродуктивного здоровья, рождаемость и т.п.).

Применение показателей здоровья невозможно без внедрения принципов медицины «Медицины 4П»:

1. Прогностическая
2. Профилактическая
3. Персонализированная
4. Предполагающая личное участие и вовлеченность **Пациента**

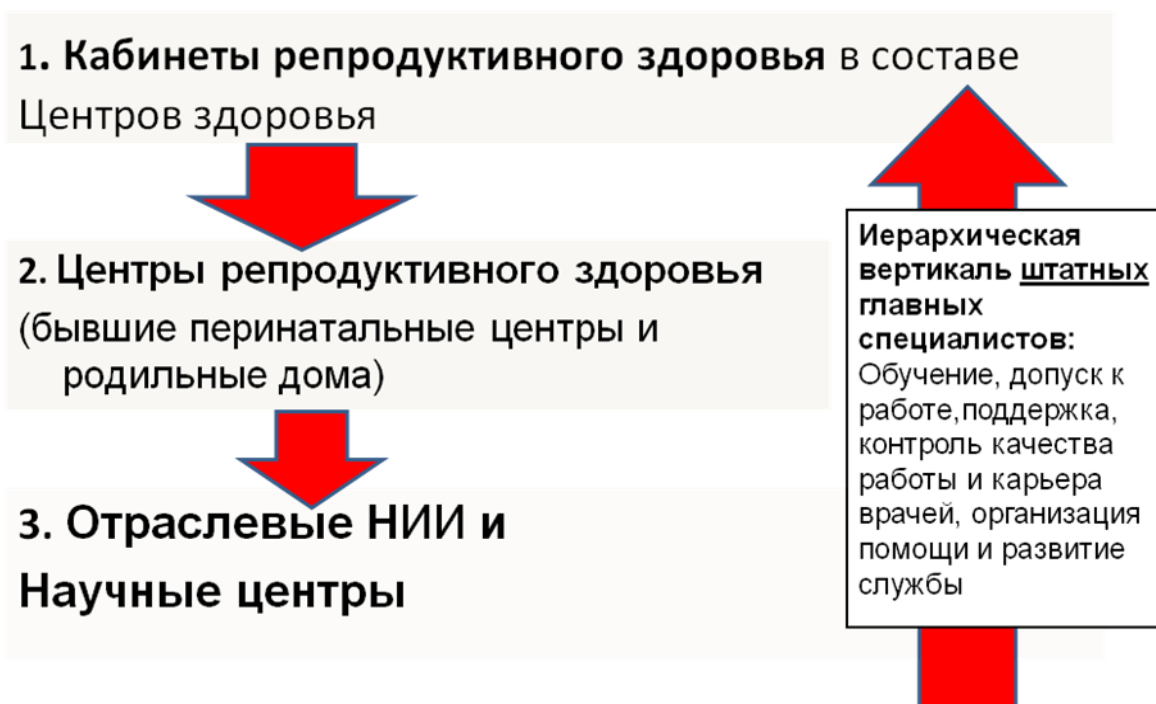
«Медицина 4П» позволяет сформировать систему активной выявляемости, с безусловным приоритетом первичной медико-санитарной помощи как ключевого инструмента «профилактической репродуктивной медицины». К примеру, врач-педиатр проводит борьбу с факторами риска нарушений репродуктивного здоровья, и формирует группы

репродуктивного риска. Это позволяет уменьшить репродуктивную заболеваемость в будущем, спланировать оказание помощи и уменьшить необходимость во вспомогательных репродуктивных технологиях. В этой системе врач-педиатр, прежде всего, работает со здоровым человеком, с факторами репродуктивного риска. Он должен работать на предотвращение случаев развития заболеваний, знать всех людей на прикрепленной ему территории, входящих в группу риска. Однако, чтобы врач-педиатр смог спокойно работать в направлении профилактики он не должен переживать, что ему будет уменьшено финансирование, за счет сокращения обращаемости по поводу заболеваний. Врач должен являться основным фондодержателем на этом уровне оказания медицинской помощи.

Одним из примеров формирования Национальной системы здравоохранения может стать формируемая трехуровневая система охраны репродуктивного здоровья (Рис.1).

Рисунок 1. Примерная схема службы охраны репродуктивного здоровья.

Примерная схема службы репродуктивного здоровья



Ключевым элементом первого уровня этой системы являются кабинеты репродуктивного здоровья, создаваемые по функциональному признаку на базе Центров здоровья и Центров здоровья детей. В них работают врачи-андрологи-урологи, детские урологи-андрологи, акушеры-гинекологи, педиатры. Эти специалисты проводят работу по выявлению факторов риска на основании стандартизированных протоколов профилактики, (которые должны быть подготовлены в соответствии с требованиями профилактической модели здравоохранения) занимаются сан-просвет работой,

дополнительной диспансеризацией и скринингом. Основа – это работа с условно здоровыми людьми, создание групп репродуктивного здоровья и борьба с факторами риска. Одним из каналов поступления людей в Кабинеты репродуктивного здоровья являются группы высокого риска репродуктивного регистра, а также «Сертификаты молодоженов». «Сертификат молодоженов» выдается при подаче заявления в ЗАГС на регистрацию брака. Сертификаты дают право на бесплатное профилактическое обследование репродуктивной системы и организацию лечения «Центрами репродуктивного здоровья».

Центры репродуктивного здоровья являются учреждениями второго уровня и могут быть организованы по функциональному признаку на базе Перинатальных центров и иных ЛПУ репродуктивного профиля. Центры репродуктивного здоровья обслуживают примерно 20% от всех людей, поступающих на 1 уровень в кабинеты репродуктивного здоровья. В них проводится основная работа по диагностике и лечению заболеваний репродуктивной системы.

Учреждениями третьего уровня являются федеральные экспертные центры, например, НИИ урологии, НЦ здоровья детей, НЦ акушерства и гинекологии. Они должны оказывать высокотехнологичную помощь, осуществлять экспертизу оказания помощи на предыдущих этапах. На этот уровень должно доходить только 10% пациентов, выявленных в первичном звене.

Необходимым условием эффективного функционирования трехуровневой системы охраны репродуктивного здоровья является воссоздание доказавшей свою эффективность в СССР иерархической системы штатных главных специалистов, наделенных широкими правами и полномочиями в организации помощи по своему профилю, как главного инструмента управления доступности, эффективности и качества медицинской помощи.

Для обеспечения реализации репродуктивного потенциала населения России необходимо:

1. Создать и обеспечить нормативное функционирование индикаторов репродуктивного здоровья, а не болезни. Именно на них направить финансирование.
2. Организовать трехуровневую систему охраны репродуктивного здоровья по диспансерному принципу с безусловным приоритетом первичной медико-санитарной помощи как ключевого инструмента «профилактической репродуктивной медицины».
3. Установить приоритет профилактики и первичной медико-санитарной помощи на основе борьбы с факторами риска, а не просто раннего выявления уже

имеющегося заболеваний, как это сделано сейчас. Главный принцип – «не дать заболеть».

Для успешной реализации задач по сохранению репродуктивного здоровья необходимы изменения в системе здравоохранения в целом:

1. Установить приоритет первичной профилактики, а не высокотехнологичной помощи.
2. Изменить порядок финансирования системы здравоохранения. Деньги должны идти не за больным, а за здоровым человеком.
3. Установить ответственность врача и пациента за свое здоровье.
4. Интеграция (административная, организационная, финансовая) всех ЛПУ государственных форм собственности (кроме военной медицины) в рамках единой Национальной системы здравоохранения.

Concept of reproductive health and active social longevity

Аполыхин О.И.

MD., professor, Director of the Institute for Urology and Interventional Radiology, Chief specialist of the Ministry of Health on reproductive health, Moscow.

The article considers two systematic approaches to the organization of healthcare - curative and preventive. Author comes to the conclusion on the need for priority financing of primary health care referrals for preventive purposes, but not for help in the event of ill health. The importance of the priority of prevention and primary health care on the basis of counteracting risk factors is stressed, but not just early detection of existing diseases.

Key words: preventive healthcare, effectiveness of healthcare, detection of diseases, national system for healthcare

О приоритетах системы охраны здоровья в РФ до 2020 г. и последующие годы

Комаров Ю. М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

В статье рассматривается вопрос определения приоритетных направлений развития системы охраны здоровья в России, анализируется имеющийся зарубежный опыт подобной деятельности. Автор формулирует свое видение наиболее актуальных направлений развития здравоохранения, отмечает необходимость внедрения систем оценки качества медицинской помощи, разработки стандартов оказания помощи на принципах доказательной медицины.

Ключевые слова: приоритеты, здравоохранение, репродуктивное здоровье, школьная медицина, трудоспособное население, профилактика заболеваний, качество оказания помощи, стандарты оказания помощи, доказательная медицина

Поскольку все направления охраны здоровья одновременно развивать нельзя, то на каждый период времени должны быть выделены приоритеты, которые требуют первоочередного внимания и которые должны дать наиболее ощутимые результаты в улучшении здоровья населения. Однако это не означает, что развитие приоритетов будет осуществляться за счет свертывания остальных направлений и программ или за счет сокращения расходов на другие группы населения. Ни в коей мере! После реализации обозначенных ниже могут возникнуть совсем иные приоритеты. Если говорить о группах населения, то это могут быть пожилые, инвалиды и др., а если о заболеваниях и причинах смерти – то о тех, по которым общество несет наибольшие потери.

В США с 1980 г. выполнялись десятилетние программы «Укрепление здоровья. Профилактика болезней. Цели нации» – Health Promotion, Diseases Prevention. Objectives for the Nation (1980–1990) и «Здоровые люди» – Healthy People (1990–2000) с последующим продолжением до 2010 и 2020 гг. Сама конструкция первой программы была выдержана в лучших системных и программно-целевых традициях, не утративших своего значения вплоть до сегодняшнего дня. Стратегическую основу программы составляло дерево целей, состоящее из 226 крупных целей шести уровней. По каждой конкретной и количественно измеряемой цели (на сколько или во сколько раз должна измениться ситуация в результате реализации программы) были определены соответствующие критерии, позволяющие на каждом этапе оценить степень достижения цели. Затем, что исключительно важно, по каждой цели было определено, что по ней уже известно, и что неизвестно. Неизвестное формулировалось в виде задания медицинской науке – конкретным учреждениям с конкретным финансированием на проведение соответствующих исследований с конкретными сроками без каких-либо тендеров, поскольку средства были определены заранее и выбирались для этого лучшие научные коллективы и специалисты, каждый в своей области. Под то, что было уже известно по каждой цели, намечались конкретные практические мероприятия, этапы и сроки исполнения, конкретные исполнители и ответственные с конкретным финансированием.

Таким образом, эта программа носила как научный, так и сугубо практический характер, а цели были увязаны между собой, точно так же, как и мероприятия. Во второй программе уже не было концептуальных основ, но были выделены главные приоритетные направления (их 22), на которых, собственно, и строилась вся программа и которые подлежали своему первоочередному решению. Приоритеты определялись исходя из эпидемиологических и медико-социологических исследований проблем здоровья. Чрезвычайно важно то, что национальная стратегия в США, как и в других развитых странах, четко ориентирована на улучшение здоровья людей, а не на развитие здравоохранения и улучшение работы медицинских учреждений или их материального и финансового положения (как у нас), что скорее относится к тактическим задачам ведомственного характера, а не к стратегическим целям и приоритетам государства.

Европейские страны такого значительного количества приоритетов в силу финансовых обстоятельств себе позволить не могут, и в Великобритании, например, на период до 2010 г. реализовывалась программа улучшения здоровья, утвержденная правительством в 1998 г., которая включала в себя всего четыре приоритетных и очень важных для страны направления, обоснованию выбора которых можно и нужно поучиться. О необходимости установления приоритетов с централизацией ряда функций и повышением ответственности государства за здравоохранение говорится в последней книге (2013) Elke Jakubowski and Richard B.Saltman «Изменение роли правительств в управлении здравоохранением (по результатам исследований в 11 странах Европы и Австралии)». Приоритеты могут быть выделены по группам населения и по организационным механизмам.

К приоритетам по группам населения относится здоровье детей и женщин детородного возраста (женщин до зачатия ребенка и беременности, во время беременности, новорожденных в первый год жизни, детей в младших и старших возрастах, в подростковом периоде), включая соответствующие условия жизни. Здесь, как и в следующем приоритете, концентрируются мероприятия системы охраны здоровья и традиционного здравоохранения. Многие болезни формируются с детства и потому особое внимание должно быть уделено охране здоровья детей, начиная с раннего детства, организованных детей, а также медико-социальной поддержке детей из неблагополучных семей и подростков. Должны быть также проработаны схемы оздоровления длительно и часто болеющих детей. В 1980-е годы в России ежегодно рождались 2,3 млн. детей, поскольку в детородный возраст вступили родившиеся в начале 1950-х годов на «волне» послевоенной компенсаторной рождаемости. Сейчас это поколение ежегодно приносит 1,6-1,9 млн. детей. Но в 1990-е годы в среднем за год рождалось 1,4 млн. детей, которые после 2017 г. будут воспроизводить всего 800-900 тыс. детей, что, наряду с повышением смертности к тому периоду (станет больше пожилых), может привести к демографическому «обвалу». Рост числа рождений и коэффициента суммарной рождаемости начался за 7 лет до введения «материнского капитала», который не изменил проявившиеся тенденции, а в возрасте до 25 лет рождаемость после введения «материнского капитала» даже снизилась. Если совсем недавно основной вклад

в рождаемость вносили женщины в возрасте 20-24 лет, то теперь в возрасте 25-29 лет. Сейчас суммарный коэффициент рождаемости составляет 1,6 на каждую женщину, а для простого естественного прироста должно быть почти 2,2.

Не менее важна охрана репродуктивного здоровья и предупреждение возможных последствий для новорожденных. На здоровье новорожденных, их массу тела и жизнеспособность влияют интервалы между беременностями, железодефицитные анемии у беременных, употребление беременными алкоголя, табака и наркотических веществ, особенности грудного вскармливания и ухода и т.д. Акселерация прекратилась, дети стали ниже ростом, менее жизнеспособными, половое созревание у девушек наступает в 12 лет и т.д. На долю здоровых новорожденных по официальным данным приходится только треть родившихся живыми, а по результатам исследований – в 2 раза меньше. По последним данным в 2012 г. в Казани 98.6% детей родились с какими-либо отклонениями, и одновременно с этим нарастает проблема аборт. Многие дети уже имеют заболевания, ограничивающие их репродуктивную функцию. Это означает, что в первую очередь следует решить проблему нездоровых новорожденных, обратив особое внимание на бедность, маргинализацию родителей, совершенствование наблюдения за беременными и их здоровьем, оздоровление детей и подростков, т.е. на систему охраны их здоровья. Кстати, у женщин гораздо быстрее наступает привыкание к алкоголю, курению, наркотикам, а женский алкоголизм поначалу является скрытым, протекает гораздо сложнее, чем у мужчин. По данным Института гуманитарного развития, сейчас каждая вторая российская семья с двумя и более детьми находится у черты бедности. В маргинальных (бомжующих и спившихся) семьях, которые дают наибольшее число рождений в погоне за «материнским капиталом», нужно регулярно проверять их соматическое и репродуктивное здоровье. Именно из этих семей затем, в основном, формируются больные и отказные дети, ими пополняются детские дома, приюты, уличная беспризорность и преступность, возрастает частота девиантного поведения. По имеющимся официальным данным в стране насчитывается 2-3 млн. беспризорников, но на самом деле их гораздо больше. Наибольшее число многодетных семей отмечается в национальных образованиях (там и смертность ниже), а наименьшее – в Центральной и Северо-Западной России, что подчеркивает необходимость дифференцированного подхода к проблемам рождаемости и здоровья детей. Результаты выборочного обследования репродуктивного здоровья российских женщин показывают крайне низкую обращаемость женщин к врачам за советами по контрацепции, высокую долю не предохраняющихся женщин в возрасте 15-24 лет во время первого полового акта, который в половине случаев был «спонтанным», а основной причиной абортов было тяжелое экономическое положение семьи. Если первая беременность заканчивается абортом, то очень высока вероятность наступления вторичного бесплодия. По официальным данным до 63% родов протекают с осложнениями. Министр здравоохранения связывает это с повышением возраста первородящих женщин. У 40% беременных, а в национальных образованиях – до 75%, встречаются предотвратимая железодефицитная анемия (особенно при частых беременностях, многоплодии, гестозах, миомах, аденомиомах, обильных и болезненных менструациях до беременности и т.п.),

что значительно (в 1.5 раза) повышает частоту токсикозов, до 40% увеличивает частоту преждевременных родов, до 30% – несвоевременный отход околоплодных вод, до 15% – слабость родовых сил, до 10% – повышение кровопотери в родах, до 12% – послеродовые септические осложнения, до 39% – недостаточную лактацию. Все это влияет на развитие у плода в антенатальном состоянии кислородного голодания со всеми последствиями для физического и психического состояния новорожденного и возникновение после рождения анемии. Именно поэтому во втором и третьем триместрах беременности рекомендуется принимать препараты железа, которые в том числе содержатся в ряде продуктов питания. Дефицит йода во время беременности ведет к повреждению мозга у плода и является главной причиной умственной отсталости. Такие дети потом оказываются в группе отстающих. Исследования показали, что даже в Великобритании уровень йода был ниже рекомендованного ВОЗ у 67% беременных.

Число неполных семей в последние годы выросло на 30%, половина всех абортот приходит на средний возраст женщины, вступающей в брак (25-26 лет) и рожавшей (26-27 лет). Число родов и абортот почти сравнялось, а частота осложнений после абортот колеблется от 16 до 60%, в т.ч. может наступить вторичное бесплодие.

Для беременных и матерей с детьми может быть предложена система медико-социальной поддержки по примеру Франции и Швеции. Речь идет о систематической работе по созданию матерям с детьми нормальных условий жизни. Сюда относятся: 100% доступность детских дошкольных учреждений на бесплатной основе, развитая система ухода за детьми до 3-х лет, дошкольное образование для детей до 6 лет, предоставление сиделок с тем, чтобы мама могла работать или посещать бесплатные курсы переквалификации и повышения квалификации через центры занятости, финансовая помощь семьям (180 евро в месяц) если за детьми присматривают родственники, предоставление льготных кредитов на жилье и другие крупные приобретения, снижение налогов на одну семью до 1400 евро в год, бесплатное образование для детей из семей с небольшим и средним доходом с бесплатным выделением материалов для учебы детей до 18 лет, бесплатный для матерей с детьми проезд на транспорте, высокий уровень разовых и ежемесячных пособий (их 7 видов) на детей, особенно на вторых и последующих детей при более внимательном отношении к маргинальным семьям, пособия на оплату жилья (это все из Национальной кассы семейных пособий), финансовая поддержка при переезде, ремонте квартиры и т.д., бесплатное 20-разовое посещение тренажерных залов для восстановления мышц малого таза после родов и т.д. И эта государственная политика системной поддержки семей с детьми, которая ведется Высшим советом по делам семьи на протяжении 60 лет, со времен Шарля де Голля, и которая ориентирована на предоставление женщинам возможности совмещать работу с воспитанием детей (т.е. трудовых и родительских функций), привела к тому, что суммарный коэффициент рождаемости составил 2,1, что чуть меньше уровня простого воспроизводства населения. Конечно, проще откупиться материнским капиталом, чем систематически создавать условия для роста детности.

Как верно заметил в свое время Президент Финляндии У.К. Кекконен, благополучие страны определяется не уровнем дохода, а числом детских колясок. В России более 1.6 млн. детей стоят в очереди за местом в детском саду. В стране насчитывается 49,3 тыс. дошкольных учреждений, из которых 48,4 тыс. являются муниципальными или ведомственными. Посещают их только 5,7 млн. детей, а всего в стране в возрасте до 7 лет 12 млн. детей. Расчеты показывают, что для удовлетворения имеющейся потребности нужно создать еще 18 300 детских садов, а это означает, что нынешние дети, даже став взрослыми, не дождутся своей очереди. Для удовлетворения потребности в детских садах требуется сумма в 1 трлн. руб., а на ближайшие три года будет выделено в 3.6 раза меньше. Власти к 2015 г. обещают 590 тыс. новых мест в детских садах, хотя потребность в них значительно выше, особенно за счет тех детей, которым сейчас еще не исполнилось 3 года. Только в Московской области в очереди за местом в детском саду стоят 47 тыс. детей и очередь с каждым годом нарастает. Видимо не все дождутся этих мест, ибо срываются сроки ввода в строй свыше 35% детских садов, предусмотренных губернаторской программой. Кроме того, при строительстве детских садов процветают хищения, что значительно удорожает их стоимость. Так, в Солнечногорске при строительстве детсада на 140 мест недосчитались 22 млн. руб. В стране только 10-15% детских домов находятся в нормальном состоянии, остальные влачат жалкое существование. А что делать с детьми летом, во время школьных каникул? Летние лагеря стали малочисленными, недоступными по цене (от 25-30 тыс. руб. в месяц до 4 тыс. руб. в день на ребенка), не занимаются их оздоровлением. Во многие из них нужно записываться задолго до каникул. Именно поэтому большинство детей, чего раньше не было, проводят каникулы дома, а воспитывает их улица. Однако непонятно почему, но чиновники занимаются (очень плохо) детьми только от 3-х лет. А что делать с детьми ясельного возраста? На выделенные матерям пособия не прожить. А ведь речь идет не только о выживании, но и дошкольном образовании и воспитании; детям необходимы социализация, навыки общения, подготовка к школе. Именно поэтому следует в первую очередь вкладывать деньги в детей, а акцент должен быть на семье. Осознавая это, в стране начинает формироваться активное общественное родительское движение. К сожалению, весь общественный транспорт в нашей стране в отличие от ряда развитых государств развивался так, что ущемлялись права инвалидов-колясочников и мам с колясками (видимо, считалось, что инвалиды должны сидеть дома, а мамы с детьми гулять вблизи дома) и создавались затруднения для ходячих инвалидов, пожилых и пассажиров с багажом. Поэтому необходимо предусмотреть на перспективу шахты-лифты в метро, а на ступенчатых переходах сделать эскалаторы с реверсионным движением и проложить рельсики. На культуру в стране тратится всего 0.43% от бюджета, а потом мы удивляемся, откуда появляются некультурные и малограмотные дети, даже среди «успешно» сдавших ЕГЭ.

Необходимо восстановить школьную медицину и школьную гигиену и осуществлять контроль за достаточностью и качеством питания школьников и условиями их учебы. Важно также восстановить систему воспитания детей, ведь в пионерских лагерях дети не просто отдыхали. Нужно также отказаться от неэффективного ЕГЭ, ибо раньше в школах

готовили далеко не глупых людей, а сейчас все зависит от того, сдал ли выпускник примитивный тестовый госэкзамен или не сдал. Кстати, вскоре после первого в мире запуска СССР искусственного спутника Земли в 1957 г., Президент США Д. Эйзенхауэр, подчеркивая важность науки для безопасности страны, отметил, что выпускник средней школы СССР имел в своем образовательном багаже 5 лет изучения физики, 4 года – химии, один год – астрономии и предложил всемерно развивать научно-образовательный потенциал США. Развивая эту мысль, другой Президент США Дж. Кеннеди говорил: «Наш прогресс как нации полностью зависит от прогресса в сфере образования». И вот теперь это некогда лучшее школьное образование в нашей стране разрушено и добились его «реформаторы» с их ЕГЭ. Это может также служить напоминанием современным российским «реформаторам», пытающимся экономить на научном потенциале страны. Просто национальным позором является то обстоятельство, что более 30% сельских школ не имеют нормальных туалетов, а это означает, что многим детям зимой и летом приходится, как нашим предкам, бегать по нужде «на двор». Можно себе представить, как это отразится на их здоровье и настрое. Несмотря на то, что государство в очередной раз провозгласило в качестве приоритета особую (?) охрану детей (закон № 323–ФЗ), их здоровье оставляет желать лучшего. Что касается детей-сирот и детей-инвалидов, то власти вместо того, чтобы влиять на причины появления таких детей, сфокусировали свои усилия на следствиях. Между тем, в силу разрушенных моральных устоев и перехода к чисто потребительскому обществу приемные семьи не стали и не станут массовым явлением, равно как и социальный патронат. И дело тут не в деньгах и не в законодательстве. Но поскольку социально-экономические, генетические и медицинские причины практически не устраняются, то следствие будет требовать все больших затрат и повышенного внимания.

Понятно, что все проблемы здоровья детей и женщин детородного возраста за короткий период не решить и часть из них перейдет на следующие периоды, что будет означать перманентность внимания к проблемам материнства и детства.

Другим приоритетом является здоровье трудоспособного населения, в первую очередь, его производящей части. Капитализм в России проявил все свои возможные негативные стороны, весьма далекие от цивилизованных рыночных отношений и демократических преобразований, в том числе:

- захват и передел собственности, уничтожение конкурентов;
- усиленная эксплуатация природных ресурсов и доставшихся предприятий; отсюда низкая потребность в научно-инженерной мысли и необходимость только в дешевой рабочей силе;
- погоня за высочайшей прибылью в короткие сроки (дорогие кредиты, «короткие» деньги, высокие тарифы и цены, низкие налоги, отсутствие долгосрочных инвестиций и т.д.);

- отсутствие вложений в спрос, т.е. в людей и в их потребности, что затем нашло бы свой отклик в предложении;
- вывоз капитала за рубеж и формирование там движимости и недвижимости;
- сращение капитала с чиновничеством, массовая коррупция;
- создание огромной армии ничего не производящих охранников капитала;
- формирование жизни по понятиям, частичная подгонка к ним законодательных актов, частичное игнорирование Конституции РФ и др.

Из изложенного вытекает невиданное в мире расслоение граждан по доходам и возможностям, социальное недовольство и угроза социального взрыва, нежелание вложений средств в развитие страны, минимальное развитие благотворительности и меценатства, присущих капиталистам за рубежом и в царской России, практически безразличное отношение к здоровью работающих. Однако, постепенный переход на рельсы нормальных рыночных отношений, демократических реформ и развития гражданского общества приведет к усилению государства и неизбежно потребует увеличения производительности труда, в том числе за счет улучшения здоровья работающих и снижения трудовых потерь по медицинским причинам. Именно от производительной группы населения (из 54% граждан, находящихся в экономически активном возрасте) зависит производительность труда, экономическое развитие страны и рост ВВП. 45% из трудоспособных граждан неизвестно где и чем заняты (О.Голодец, 2013), а платят налоги только 48 млн. чел., которые официально заняты, но все они не обязательно вносят свой вклад в производство товаров, в рост экономики и ВВП. Остальные 38 млн. чел. трудоспособного возраста распределяются так: по уходу за детьми, неработающие инвалиды и временно неработающие, военнотруженики, учащиеся и 15-20 млн. чел. занятых в теневом секторе экономики. Они все больше потребляют, а производят совсем иные. Как раз на этой малочисленной, но весьма значимой группе производительной части населения (всего 12-13% от всех трудоспособных граждан) должно быть сосредоточено первоочередное внимание государства и для нее необходимо в первую очередь создать соответствующие условия жизни и труда, а также все условия для охраны здоровья. По имеющимся оценкам сегодня в России только 9 млн. человек заняты в высокопроизводительной сфере. В последующем к приоритетному вниманию могут быть отнесены и другие группы населения, в том числе пожилые и инвалиды. Следует иметь в виду, что во всем мире степень социализации государства определяется по отношению к детям и пожилым, т.е. к непроизводительной части населения. Общая стоимость только официально зарегистрированных потерь рабочего времени по болезни достигает 1.4% ВВП, но на самом деле они гораздо выше. Считается, что ежедневно 3 млн. жителей России пропускают работу по болезни и еще 30-35 млн. находятся на работе в пред- и постболезненном состоянии. Половина из числа заболевших в легких случаях не

обращаются за медицинской помощью. Исследования показывают, что на потери в связи с невыходом на работу по медицинским причинам приходится менее половины всех потерь в производительности труда, а наибольшие потери происходят в связи с презентизмом, т.е. в связи именно с выходом на работу при недомогании, респираторных болезнях, головной боли, боли в спине, менструальных проблемах, сердечной недостаточности и т.д. Здесь играет роль боязнь лишиться работы и сложности в поисках новой, возможные потери в зарплате, ухудшение отношений с руководством, очереди в поликлиниках, недоверие к врачам и самолечение. Все это провоцирует выход на работу в период плохого самочувствия. В первую очередь это относится к частным предприятиям, особенно, где владельцами или совладельцами являются иностранные граждане или иностранные фирмы. Все это имеет прямое отношение к здоровью, к системе охраны здоровья, к здравоохранению и правовой защите работников и отражается на производительности труда.

Известно, что увеличение уровня безработицы на 1% приводит к росту смертности на 4,5%, а люди, потерявшие работу, рискуют заболеть в 83% случаев. Значимость проблемы здоровья работающих возрастает в связи с ожидаемым существенным уменьшением численности трудовых ресурсов и необходимостью значительного повышения производительности труда, по которой мы отстаем от США в целом на 80 лет, в энергоотдаче – на 62 года, в экологичности производства – на 50 лет (данные Института экономики РАН). Между тем, рост производительности труда в США, и в целом экономики, напрямую связан с увеличением числа лет, которые американцы тратят на образование. Профессор L.Katz в книге «The race between education and technology» (2012) определяет минимальный вклад образования в производительность труда в 25%. Однако в последние годы в США среднее специальное образование стало недоступным вследствие его платности и потому там отмечается снижение уровня образовательной подготовки и, соответственно, снижение роста экономики, рост неравенства. В РФ почти полностью разрушена существовавшая в СССР система среднего профессионально-технического образования (училища, ПТУ, техникумы и др.), а проникшая коррупция в высшую школу свела на нет ее бывшие достоинства. Поэтому, наряду с решением медицинских, социальных, экономических проблем работающих, для роста производительности их труда следует особое внимание обратить на образование.

По организационным механизмам можно выделить три приоритета, два из которых имеют отношение к системе охраны здоровья, а третье относится к здравоохранению как составной части охраны здоровья.

К таким приоритетам относится массовая социальная (первичная) профилактика заболеваний. Она направлена на создание и развитие условий, способствующих здоровью, ведению гражданами здорового образа жизни и повышению их мотивации к здоровому поведению, на предупреждение негативного влияния внешних факторов на здоровье. К сожалению, не все представляют, что врачи должны заниматься причинами болезней и на них уметь воздействовать, а не, как сейчас, иметь дело, в основном, со

следствиями, к тому же нередко далеко зашедшими. Но в этом виноваты не врачи, а созданная система, ориентированная на последствия и на «тыловую» медицину. В Общественной палате РФ не прекращаются дебаты о том, как подтолкнуть граждан к ведению здорового образа жизни. Однако все эти усилия окажутся во многих случаях бесполезными до тех пор, пока государство не станет создавать для этого соответствующие условия.

Другим приоритетом является широкое развитие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) (Primary Health Care – первичная забота о здоровье) и ее институциональной основы – общей врачебной практики. Это позволит не только предупреждать многие заболевания и выявлять их на ранних стадиях, но и значительно снизить число случаев хронических заболеваний и повысить эффективность использования стационарной и специализированной медицинской помощи, удовлетворенность самих пациентов. При этом нужно так организовать ПМСП, чтобы не менее 60% ее деятельности приходилось бы на профилактику болезней. В докладе «Здравреформ» группы специалистов Бостонского университета прямо сказано: «Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, а не просто медицинского лечения – в чем, собственно, и состоит основная задача первичной медико-санитарной помощи – ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка – все эти факторы играют важную роль в улучшении здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься».

Создание условий для этого – прерогатива государства, но только врачи ПМСП, наиболее приближенные к гражданам, могут заявить о нарушениях в здоровье, вызванных отдельными условиями жизни (качество воды, загрязнение воздуха, качество питания, условия труда, бедность и т.д.) и ставить соответствующие вопросы перед органами власти. До сих пор в нашем здравоохранении этого не было, что противоречило Алма-Атинской декларации 1978 г., как и не было правильно организованной ПМСП. Обеспечивая во многих странах преимущественно ПМСП большинству граждан (там до 90% населения нуждаются в ней) и, сосредотачивая там основные ресурсы, государство тем самым гарантирует право на сохранение здоровья, поскольку высоко технологичная и финансово емкая помощь обеспечивает права меньшинства.

Уместно будет также вспомнить об организации этапности сортировки и оказания медицинской помощи больным, раненым и пораженным (т.е. о маршрутах движения пациентов), предложенной Н.И. Пироговым в период Крымской компании (1854–1855 гг.), а также о работах расстрелянного большевиками врача, депутата 2-4 созывов Государственной Думы и активного участника Пироговского движения А.И. Шингарева «Вымирающая деревня» (1901) и выпущенной в царское время (1907) уникальной работы «Общественная медицина в будущем демократическом строе России». Этапность медицинской помощи была положена в основу военно-медицинской доктрины, показавшей высокую результативность в период Великой Отечественной войны, а в мирное время благодаря многоуровневой сети медицинских организаций с акцентом на

первичное звено удавалось решать многие проблемы даже при крайне низком и остаточном принципе финансирования здравоохранения.

Этапность медицинской помощи – прерогатива отечественного здравоохранения. Следует стремиться к тому, чтобы постепенно увеличивалось число пациентов, проходящих через ПМСП, где в подавляющем большинстве случаев они бы начинали и заканчивали свое лечение и в которой, в случае необходимости, должна определиться дальнейшая маршрутизация пациентов – на специализированную амбулаторную помощь, в стационары общего типа, в специализированные стационары, на высокие медицинские технологии и на реабилитацию или интегрированный медицинский уход, в основном, после стационарного лечения.

Еще одним приоритетом, уже для здравоохранения, является внедрение систем управления качеством медицинской помощи. Проблемы улучшения качества тесно увязаны с квалификацией медперсонала, с ресурсным обеспечением, с применяемыми доказанными технологиями, стандартами и протоколами и влияют на результаты лечения и на число врачебных ошибок. В США в 1980-х годах ежегодно от врачебных ошибок погибало от 44 до 99 тысяч пациентов (8-я причина смерти). От СПИДа погибало в 4,5 раза меньше, от рака груди – в 2,5 раза меньше, в ДТП – в 2 раза меньше. По данным Commonwealth Fund 34% пациентов назначают в США неверное лечение, выписывали ненужные лекарства и не вовремя проводили анализы. От врачебных ошибок умирают в Германии каждый год 25 тыс. чел. (а совершаются не менее 100 тыс. ошибок), в Австралии – умирают 18 тыс. чел. и 50 тыс. становятся инвалидами, в Великобритании от врачебных ошибок пострадали свыше 520 тыс. пациентов. Предупреждение предотвратимых врачебных ошибок, как известно, не только улучшает клинические результаты, но и существенно снижает стоимость стационарной помощи. По оценкам, в России в настоящее время совершается 40-50 тыс. врачебных ошибок в год, в госпитальном звене выявляются 4 млн. дефектов оказания медицинской помощи, ежегодно в судах слушается 700 дел, половина из которых заканчивается судебным решением и только часть из них – в пользу пациентов вследствие трудностей в доказательстве вины врача, если речь не идет об уголовном деянии.

По нашему мнению, любой врач не может намеренно нанести ущерб своему пациенту. Поэтому врач не является социально опасным элементом, которого в случае его тяжелой ошибки следует изолировать от общества. Карательные мероприятия не могут привести к реальному улучшению в системе здравоохранения, хотя неотвратимость наказания должна иметь место. Пока что получается, что врач обязан работать хорошо и без ошибок, а государство и общество не очень озабочены материальными и моральными условиями труда и жизни врача. Врачи должны иметь высокую зарплату и достойные условия жизни, а также обладать возможностью для непрерывного совершенствования своих знаний и повышения квалификации. Сейчас Минздрав подготовил законопроект о страховании пациентов, в котором идет речь не столько о защите пациентов, сколько о лоббировании интересов страховых организаций в ущерб медучреждениям. Там вводится понятие

«врачебная ошибка» как действие либо бездействие медицинской организации или медицинского работника, повлекшее, независимо от их вины, причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи. По мнению авторов законопроекта, это позволит оградить граждан от некачественной медицинской помощи и вытекающих из нее последствий. Это свидетельствует о непонимании различий между качеством и нанесенным вредом, т.е. безопасностью. Более подробно все это рассмотрено в учебном пособии А.В.Тихомирова «Теория медицинской услуги и медицинского деликта» (2012).

Мы считаем, что нужна система ответственности и неотвратимость наказания, а не страхование пациентов, которые ждут от врача не денег, а качественной медицинской помощи. Кроме того, видимо, впоследствии страховать следует не пациента, а профессиональные риски и должно это делать медицинское учреждение, для чего у бюджетных учреждений должны быть нужные средства. Однако рассмотренный на совместном заседании Национальной медицинской палаты, Профсоюза работников здравоохранения и Росздравнадзора законопроект не был поддержан в силу других причин: страховыми случаями считаются инвалидность или смерть, а из всего вреда, причиняемого здоровью, 85% приходится на легкие или средней тяжести случаи; речь шла только о компенсации морального вреда; не предусмотрена защита врача от исков (хотя закон должен регулировать правоотношения, а не защищать) и т.д.

Следует различать несколько аспектов качества: качество управления, качество деятельности, качество медицинской помощи. Качество управления базируется на международных стандартах ISO серии 9000, в т.ч. 9004:2009, которые дают организациям методические рекомендации по достижению устойчивого успеха путем использования подхода, основанного на менеджменте качества. Особое значение в сфере здравоохранения приобретает международный стандарт ISO 26000 «Руководство по социальной ответственности», при этом целью социальной ответственности является содействие устойчивому развитию благодаря взаимосвязям между системой здравоохранения и обществом, между системой здравоохранения и другими системами, между другими заинтересованными системами и обществом.

Качество деятельности определяется путем использования специальных индикаторов и должно служить важной составляющей в оплате труда медицинских работников.

Большое внимание должно быть уделено качеству и безопасности медицинской помощи, оказанной пациентам (взамен оценки только инфраструктурных элементов системы здравоохранения и объемов медицинской помощи). Иначе говоря, необходимо осуществить переход от оценки (экспертизы, контроля, надзора, аудита) качества медицинской помощи к его обеспечению и управлению им. Реализуется это направление главным образом путем внедрения современных и доказанных медицинских технологий, медицинских стандартов, клинических рекомендаций и локальных клинических протоколов, лицензирования отдельных категорий врачей и аккредитации медицинских

учреждений, обучения и повышения квалификации медицинских работников с постоянным контролем и мониторингом качества медицинской помощи. В основу всей этой работы должны быть положены рекомендации ISO и доказательной медицины как практической части научной дисциплины «клиническая эпидемиология». Профессиональные врачебные сообщества должны принимать участие в разработке или адаптации клинических рекомендаций, которые могут быть положены в основу разработки медицинских стандартов, служащих, главным образом, для экономических расчетов, но не обязательных (а рекомендательных) для исполнения врачом, а также служить основанием для создания локальных клинических протоколов ведения пациентов. Доказательной является такая медицина, которая основана на данных клинической эпидемиологии, как науки, позволившей статистически доказать наличие связей между результатами лечения и применяемыми технологиями.

В итоге этой работы на основе лучших для пациентов результатов разрабатывается так называемый «золотой стандарт» клинических рекомендаций или руководств (clinical guidelines). Затем в каждой стране на основе таких клинических рекомендаций разрабатываются медицинские стандарты, гарантирующие положительные результаты при минимальных затратах. Ниже этого стандарта «опуститься» никак нельзя, ибо при этом могут ухудшиться результаты лечения. Затем на местах на основе этих минимальных медицинских стандартов должны создаваться локальные клинические протоколы, которые по уровню не могут быть ниже стандартов и должны содержать перечень элементов медицинских технологий и последовательность их применения с указанием ответственных. Вот такова упрощенная схема использования доказательной медицины в практике. Во многих странах применение не доказанных методов или технологий может служить основанием для судебных разбирательств.

Таким образом, первоочередное внимание должно быть уделено выделенным приоритетам, реализация которых сможет повлиять на улучшение здоровья граждан и повышение удовлетворенности пациентов.

On the priorities of the health care system in Russia up to 2020 and onwards

Komarov J.M.

MD, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

The article considers the problem of task prioritization for the health care system in Russia, the existing international experience on the subject is analyzed. Author formulates his vision of the most important directions of development of public health, the need for the introduction of systems for evaluating the quality of care, the development of standards of care on the principles of evidence-based medicine.

Key words: Priorities, health care, reproductive health, school medicine, able-bodied population, disease prevention, quality of care, standards of care, evidence-based medicine

О плане деятельности Минздрава РФ на 2013-2018 гг.

Комаров Ю. М.

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей

Статья посвящена критическому анализу действующего плана работы Министерства здравоохранения. Отмечается неточная постановка задач, решение которых относится к компетенции здравоохранения, несоответствие заявленных целей и путей их достижения, делается вывод о необходимости предварительного обсуждения подобных документов с медицинской общественностью.

Ключевые слова: стратегия охраны здоровья, заболеваемость, смертность, исходы лечения, планирование

В «Основных положениях Стратегии охраны здоровья в РФ на 2013-2020г и последующие годы», разработанных в течение 2012-2013 гг. в рамках Комитета гражданских инициатив, в самом начале в соответствии с Конституцией РФ проведено разделение между охраной здоровья и организацией медицинской помощи. Целью системы охраны здоровья является создание необходимых условий для сохранения и улучшения здоровья населения и для ведения им здорового образа жизни. Фактически это все то, что создает систему жизнеобеспечения населения в каждом конкретном месте проживания людей по критерию здоровья.

Ответственность за уровень здоровья граждан и охрану их здоровья несет государство. В Докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в Европе (2012) содержится выработка перспективного курса до 2020 г. на благополучие, исходя из целевых ориентиров, обоснования благополучия и его прямой связи с основами политики «Здоровье-2020». В этом документе речь идет не о развитии учреждений и служб здравоохранения, а об улучшении здоровья через повышение благополучия, а мониторинг и анализ результатов по этому докладу будет осуществлять Отдел информации, научного анализа и инноваций ЕРБ ВОЗ.

Традиционное здравоохранение оказывает медицинскую помощь (медицинскую профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию, медицинский уход и паллиативную помощь), а также осуществляет пропаганду здорового образа жизни, за что, в соответствии с утвержденным положением, несет ответственность отраслевое министерство. Фактически утрата здоровья людей формируется вне традиционного здравоохранения, которое затем занимается «ремонтными работами». Его целью является предупреждение болезней медицинскими средствами, полное или частичное восстановление (при возможности) здоровья в случае его утраты и трудоспособности по медицинским показаниям у работающих. За такое здравоохранение несет ответственность отраслевое министерство.

Однако отраслевой министр определяет задачи самого здравоохранения в виде снижения заболеваемости и смертности, на что здравоохранение оказывает минимальное влияние, вместо таких показателей как сохраненный жизненный потенциал, число вылеченных больных и, вообще, исходы лечения и результаты оказания медицинской помощи населению. Минздрав весьма часто использует термин «система охраны здоровья», например, в ФЗ №323, хотя практически весь закон посвящен различным аспектам медицинской помощи.

На самом деле Минздрав должен заниматься стратегическими вопросами развития здравоохранения и стратегическим планированием в стране, однако, судя по плану его деятельности до 2018 г., предпочтение отдается решению некоторых тактических проблем, обозначенных в виде так называемых «ключевых событий». В этом плане отраслевые функции и функции государства во многих пунктах перепутаны. Так, ответственность за улучшение здоровья в стране, повышение ожидаемой продолжительности жизни (в соответствии с указами Президента РФ от 7 мая 2012 г №№ 598 и 606) и за создание условий для здорового образа жизни возлагается на одного из заместителей министра здравоохранения РФ, а на другого заместителя министра возложена ответственность за финансирование здравоохранения. Все это говорит о нежизнеспособности этого плана, а до 2018 г. пока еще далеко.

Минздрав РФ планирует в срок до 2015 г. разработать механизмы финансирования здравоохранения, способствующие внедрению инновационных медицинских технологий. Но при этом нельзя забывать, что вложение средств в традиционное здравоохранение означает борьбу со следствиями, поскольку причины нездоровья обусловлены дефектами в системе охраны здоровья. Если не заниматься этими причинами, то с позиции системного анализа следствие будет требовать все больше кадровых, технологических и финансовых ресурсов. А это приведет в перспективе к социальному и экономическому тупику.

В целом многостраничный план содержит шесть целей: обеспечение достижения показателей здоровья и ОПЖ, повышение эффективности медицинской помощи и оптимизация медицинской деятельности, обеспечение высококвалифицированными специалистами, инновационное развитие, информатизация здравоохранения, обеспечение открытости этого плана. Каждая цель раскрывается в виде направлений, которые в свою очередь состоят из ключевых событий. Однако эти ключевые события не соответствуют направлениям, а направления в ряде случаев не могут служить достижению поставленных целей.

Покажем это на примере направления 1.5. «повышение качества и доступности медицинской помощи», куда входят такие ключевые события, как ФЗ о донорстве, диагностика и лечение онкозаболеваний, информационная система скорой помощи, выявление туберкулеза, медицинская помощь в ДТП, а само направление способствует, судя по плану, улучшению показателей здоровья. Отсюда видно, что план не носит

цельный характер, скорее лоскутный, нет уверенности в достижении некоторых целей, а попытку решить некоторые проблемы охраны здоровья путем организации медицинской помощи можно считать неудачной.

Медицинские работники всех категорий должны знать, что за обещанное Президентом РФ повышение им зарплаты, которое по плану будет осуществляться непрерывно, отвечает заместитель министра А.В.Юрин, чтобы было с кого спросить. Одновременно он отвечает за увеличение финансирования, тарифы, государственно-частное партнерство и информатизацию здравоохранения. Другой заместитель – И.Н. Каграманян – отвечает за лекарственное обеспечение, повышение эффективности деятельности медицинских организаций, улучшение кадрового обеспечения и подготовки кадров, развитие медицинской науки, реализацию прав детей, медицинское обеспечение отдельных программ, включая Сочинскую олимпиаду, переход на контрактную систему, законодательство и контроль качества медицинской помощи. Если обозначенные ранее заместители министра не имеют медицинского образования, то заместитель министра Т.В. Яковлева его имеет и потому на нее возложены все остальные пункты плана: улучшение показателей здоровья населения, реализация программы «Развитие здравоохранения», создание условий для здорового образа жизни, меры по улучшению здоровья матерей и детей, а также по диагностике и лечению отдельных заболеваний, профилактика инфекционных заболеваний, обеспечение межведомственного взаимодействия и др. Получается, что план мероприятий скорее напоминает скорректированные должностные обязанности заместителей министра.

При подробном рассмотрении этого плана возникает множество вопросов, в том числе связанных с его реализацией по отдельным позициям. По идее этот план должен был бы широко обсуждаться с медицинской общественностью и с органами и службами здравоохранения на местах, на которых ложатся основные усилия по его выполнению.

On the plan of activities of the Ministry of Health in the 2013-2018

Komarov J.M.

MD, Professor, Honored Worker of Russian Science, Member of the Executive Committee Bureau for Pirogov Social Movement for Health Professionals

The article provides critical analysis of the current action plan of the Ministry of Health. The inaccurate definition of the healthcare system tasks is observed. The disparity between stated goals and ways to achieve them is also marked. Need for a preliminary discussion of such documents in the medical community is stressed.

Key words: strategy for healthcare, morbidity, mortality, treatment outcomes, planning

В Москве состоялся научно-практический семинар "Межлабораторное тестирование и вопросы гармонизации методик определения психоактивных веществ в лабораториях ХТЛ и СХО России"

08 октября 2015 г. в НИИ фармации Первого МГМУ имени И. М. Сеченова под председательством заместителя директора, профессора Н.В. Пятигорской и доцента кафедры Ю.Е. Кочнева состоялся Научно-практический семинар "Межлабораторное тестирование и вопросы гармонизации методик определения психоактивных веществ в лабораториях ХТЛ и СХО России".

В семинаре участвовали специалисты Москвы, Санкт-Петербурга, Краснодара, Екатеринбурга, Хабаровска, Улан-Удэ и других регионов России в области судебно-химического и химико-токсикологического анализа. Были обсуждены результаты первого многоцентрового исследования "слепых" биопроб в рамках образовательного этапа подготовки химико-токсикологических лабораторий к проведению межлабораторного тестирования, выработаны подходы к дистанционным методам обучения для совершенствования и гармонизации методологии в вопросах идентификации психоактивных веществ в биологических объектах в области клинической токсикологии, наркологии и судебной медицины.

В результате дискуссии, участники семинара выработали предложения по модернизации лабораторной службы, состоящие в следующем:

1. Разработать, актуализировать и внедрить унифицированные постоянно обновляемые методики для хромато-масс-спектрометрического оборудования, используемого для медицинских экспертных исследований.
2. Провести верификацию уже созданных масс-спектрометрических библиотек, используемых в химико-токсикологическом анализе.
3. Выработать алгоритм организации непрерывных добровольных многоцентровых сличительных исследований с целью оценки качества результатов химико-токсикологического анализа.
4. Организовать постоянное дистанционное обучение и консультирование лабораторий по проблемам практического инструментального анализа.

Results of the scientific-practical seminar "Interlaboratory testing and harmonization of testing methods for determination of psychoactive substances in chemical toxicology and forensic laboratories in Russia"