

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 абортот. 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 абортот было тяжелое экономическое положение семьи. Если первая беременность заканчивается абортот, 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 подвижности 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, военнотружущие, 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