

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**

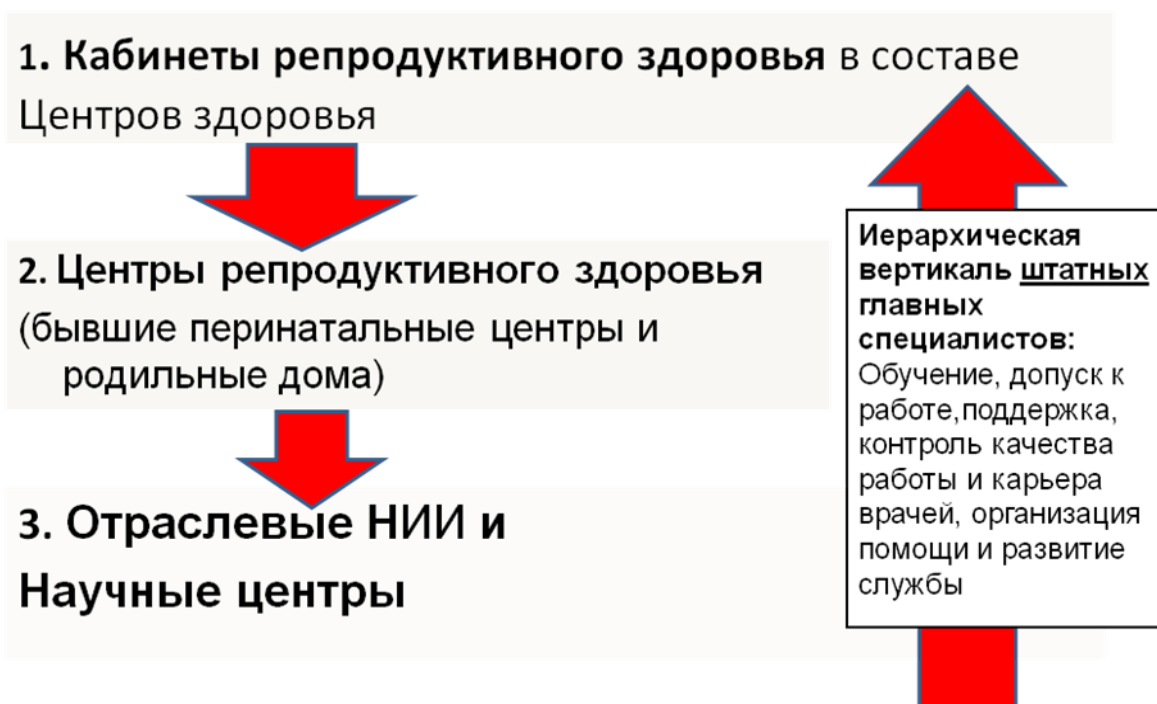
«Медицина 4П» позволяет сформировать систему активной выявляемости, с безусловным приоритетом первичной медико-санитарной помощи как ключевого инструмента «профилактической репродуктивной медицины». К примеру, врач-педиатр проводит борьбу с факторами риска нарушений репродуктивного здоровья, и формирует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