

УДК 616 (575.2) (04)

КАЧЕСТВО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЫНОЧНОМ РЕФОРМИРОВАНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Г.А. Комаров – проф., Москва

During the last two centuries the human perception of quality has evolved considerably. Now there is a score of determinations as to what the quality of medical care is. We developed medical care quality polynomial. The components of this polynomial are as follows: physicians' professionalism, conditions under which medical care is provided to the patients, affordability of medical care to the people, and optimal work load on medical staff, information support of physicians and their interaction with patients, availability of funds in a location where physicians and their patients interact.

За последние два столетия в сознании людей происходила эволюция представлений о качестве. Считают, что качество – это всего лишь “... свойство или принадлежность, все, что составляет сущность лица или вещи”¹ или “... наличие существенных признаков, свойств, особенностей, отличающих один предмет или явление от других”², либо означает: “... степень достоинства, ценности, пригодности вещи, действия и т.п., соответствие тому, какими они должны быть” и “... существенная определенность предмета, явления или процесса, в силу которой он является *данным*, а не *иным* предметом, явлением или процессом”. [1]

Нас интересуют не дефиниции, а суть, которая заключена в них, и, судя по всему, этот процесс еще очень далек от завершения, если это вообще возможно. Человечество, видимо, будет еще долго идти по тернистой крутой тропе познания, поднимаясь все выше и выше, не достигая вершины, но стремясь к ней. Подтверждением тому является существование более двух десятков определений качества медицинской помощи. Возможно, на самом деле их значительно

больше. В них также можно проследить эволюцию от количественно-содержательного к отличительному, а затем к удовлетворяющему потребительские ожидания представлению. Основная часть этих определений не носит универсального характера, относясь в большей степени либо к процессам и медицинским технологиям, либо к вопросам организационным, управленческим. Это касается также первичной медико-санитарной помощи.

Исторически сложилось так, что в России (Советском Союзе) в начале XX в. впервые в мире была создана государственная (национальная) система здравоохранения, имеющая сложную иерархическую эшелонированную структуру, предусматривающую преимущественно профилактическую направленность и доступность лечебно-диагностической помощи всему населению. В некоторых даже высокоразвитых в экономическом отношении странах таких систем здравоохранения нет, но стремление к их созданию становится все более осознанным на общественном уровне, поскольку иным способом невозможно обеспечить всем гражданам доступность (количественная сторона проблемы), а тем более надлежащее качество медицинской помощи (перспективная стратегия развития).

На Алматинской конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ (1978) был признан приоритет и не-

¹ Даль В. Словарь великого русского языка. Пбб, 1881.

² Ожогов С. Словарь русского языка. – М., 1978.

сомненные достижения Советского Союза в создании подсистемы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) всему населению страны и рекомендовано широкое распространение этого опыта. В принятой Алматинской Декларации записано (ст. VI): “Первичная медико-санитарная помощь является важной частью медико-социального обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при всестороннем участии в этой работе их самих, при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения”.

“ПМСП является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общин с национальной системой здравоохранения, она максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа”.

Несмотря на такое общемировое признание приоритета России, тем не менее, не было обеспечено надлежащего государственного финансирования системы здравоохранения, медицинской науки и медицинского образования. Медицинские технологии, лекарственные средства, диагностическое и лечебное оборудование становились все сложнее и дороже, а инвестиции в здравоохранение, напротив, уменьшались. Система здравоохранения, созданная гением нескольких поколений ученых и врачей, великолепная по конструкции и изящная в своей сложности, оказалась не готова к веянию времени. Господствующим на государственном уровне стало упрощенное представление о медицинской помощи, которое тем опаснее, чем сложнее система. И до сих пор остатки идеологического и технократического управленческого заблуждения обуславливают кризисное состояние в системе российского здравоохранения и являются первопричиной серьезного ухудшения показателей здоровья населения и неблагоприятно складывающейся демографической ситуации в стране: снижения рождаемости, ухудшения физического развития, повышения заболеваемости и инвалидности, увели-

чения смертности. До настоящего времени в общественное сознание и в государственную политику не приходит современное представление о медицинской помощи, которая может быть определена следующим образом: *медицинская помощь – это не существующий изначально в природе продукт, как вода, воздух, запасы каменного угля или нефти, а результат применения специальных научных знаний и особых технологий, являющихся интеллектуальной собственностью врача, с целью профилактики и лечения заболеваний у одного человека или у многих людей.*

Потому предоставлению государством населению медицинской помощи, что является его важнейшей функцией, предшествуют два этапа: создание этого специфического “продукта” и получение с одновременной передачей его нуждающимся в нем потребителям (населению, пациентам). Вновь обратимся к Алматинской Декларации, поскольку сформулированные в этом документе принципы не утратили своего значения, а, напротив, приобрели еще большую актуальность.

- Здоровье является *одним из основных прав человека* и всемирной социальной задачей.
- Здоровье представляет собой неотъемлемую часть развития общества.
- Существует огромное неравенство в состоянии здоровья людей, что составляет предмет заботы для всех стран. И этот разрыв должен быть сокращен.
- Люди имеют право и обязаны на индивидуальной и коллективной основах участвовать в планировании и осуществлении медико-социального обслуживания.
- Правительства несут ответственность за здоровье своих народов.
- Следует лучше использовать мировые ресурсы в целях укрепления здоровья.

На данном этапе общественно-экономического развития России, который характеризуется переходом от социалистического (дискредитированного плохим управлением) развития страны к рыночной системе, реформы стали осуществляться не только с большим опозданием, но и с позиций экономических приоритетов. И разработчиками основного пакета рыночных реформенных законопроектов по здравоохранению стали не ученые-медики,

не опытные организаторы здравоохранения и врачи, а экономисты [2–3].

Рассматривая пакет подготовленных законопроектов по реформе здравоохранения в целом, поскольку входящие в него законопроекты взаимосвязаны, и по отдельности¹, нетрудно заметить, что предполагается фактически секуляризация государственной ответственности за здоровье населения, что противоречит одному из важнейших принципов Алматинской Декларации и вектору мирового развития охраны здоровья населения и здравоохранения, которыми, напротив, предполагается все более возрастающее участие государств в обеспечении деятельности систем здравоохранения, стремление к финансированию медицинской помощи не за счет средств граждан, а из бюджета, общественных фондов потребления, через надлежащее медицинское страхование.

Ошибочность избранного направления реформирования здравоохранения в Российской Федерации очевидна, признается большинством экспертов как в самой стране, так и за рубежом. Стремление к сокращению социальных гарантий государства и гарантированной бесплатной для населения медицинской помощи – это шаг назад, который в первую очередь отразится даже не на объемных показателях медицинской помощи, а на ее качестве.

Структурная реформа здравоохранения предполагает преобразование сети лечебно-профилактических учреждений в три новых типа учреждений-организаций и в следующих пропорциональных количественных соотношениях:

- Государственные учреждения (объединяющим принципом которых является “чем меньше больных, тем лучше”) – 5–7%,
- Автономные учреждения (АУ) – государственная собственность на недвижимость и крупное движимое имущество и средства при расширении финансово-хозяйственной самостоятельности – 90%,

¹ Проекты Федеральных Законов: “О государственных гарантиях медицинской помощи”, “Об обязательном медицинском страховании”, “Об автономных учреждениях”, “О государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях”.

- Государственные (муниципальные) автономные некоммерческие организации (ГАНО) – передача в собственность государственного имущества и полная финансово-хозяйственная независимость – 2–3% (на первом этапе).

С первым типом учреждений все более или менее понятно. Второй тип является переходным к рыночному. Не вполне понятен механизм перехода в третий тип (ГАНО или ГМАНО), в том числе через механизм преднамеренного банкротства, что весьма вероятно, учитывая высочайший уровень коррупции среди управленческих государственных структур среднего уровня (регионального и муниципального). Механизм управления с созданием громоздкой дополнительной надстройки в виде Попечительского Совета не будет в таких условиях являться препятствием, даже может быть генератором такой трансформации. К тому же, учитывая разрушенную вертикаль власти, нет никакой уверенности в том, что даже в стартовый период число этих учреждений будет столь высоким, а тем более в последующем.

Государственные автономные некоммерческие организации являются некоммерческими только по названию, а по сути открывают широчайший простор для приватизации – путь, по которому не пошла ни одна страна в мире, поскольку он может привести к полной деградации системы здравоохранения. К тому же предусмотренная возможность этих организаций выступать учредителем дочерних организаций (совсем не обязательно медицинского профиля, а, допустим, под ширмой оздоровительных комплексов начнется создание саун, массажных салонов, фитнес-клубов, комплексов нетрадиционной медицины и пр.) может привести вообще к непредсказуемым последствиям.

Считают, что здравоохранение – это сфера с сильно ограниченной применимостью рыночных законов. Проникновение “живых” денег в микросистему “врач-пациент”, являющуюся важнейшей неделимой структурной составляющей системы здравоохранения, “молекулой” и квинтэссенцией ее, будет подобно помещению диэлектрика между контактами электрической цепи. Коммерциализация здравоохранения разрушительна, поскольку она подрывает доверие населения не только к вра-

чам, но и к государству в целом. Еще не сменилось поколение (не прошло положенных для этого 25 лет), мировоззрение, потребительские установки и правосознание которого формировались в условиях государственного патернализма. К тому же, уровень оплаты труда в России составляет только 30% от стоимости производимого продукта (в Англии, США, Японии и в других странах – 60–70%). На условный рубль произведенной продукции в России трудоспособным населением затрачивается вдвое и втрое больше труда, чем в перечисленных странах. Дифференциация населения по доходам в несколько раз выше, чем в большинстве стран с рыночной экономикой. По интегральным показателям здоровья населения Россия занимает 130-е место в мире. В этих условиях требуется не сокращать государственные гарантии медицинской помощи, не форсировать развитие платных медицинских услуг, явные и скрытые соплатежи, а наращивать государственные инвестиции в здравоохранение.

В этой связи, возможно, представит определенный интерес разработанный нами *политикой качества медицинской помощи*, в котором учтены особенности переходного периода экономического развития и те цели, которые не может терять система здравоохранения ни при каких условиях без риска дальнейшей деградации показателей здоровья населения:

- профессионализм врачей;
- условия оказания медицинской помощи пациентам;
- доступность медицинской помощи населению (пациентам);
- оптимальность нагрузки медицинского персонала;
- информационное обеспечение врачей и их взаимодействия с пациентами;
- степень удаленности денег от зоны контакта врачей и пациентов.

В соответствии с ранее сформулированной нами парадигмой здоровья¹, государство не должно осуществлять управления профессиональной врачебной деятельностью, но обязано создавать для этого все необходимые и

¹ “Здоровье населения является не только и не столько результатом успешного социально-экономического развития государства и общества, а его целью и неременным условием”.

надлежащие условия с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи вообще, а первой медицинской скорой помощи приоритетно.

Рассматривая обеспечение качества медицинской помощи, необходимо заметить, что в условиях рыночной адаптации системы здравоохранения произойдет существенное изменение состава и структуры определяющих и влияющих факторов (см. рисунок).

Общим “фоновым” влияющим на качество ПМСП населению фактором является конкуренция учреждений и специалистов, но конкуренция, основанная на показателе соотношения “цена-качество”, который универсально применим к гарантированным государством и бесплатным для населения видам и объемам медицинской помощи.

Вторым важнейшим “фоновым” фактором является просвещение населения, поскольку в ином случае никаких государственных инвестиций не хватит для обеспечения качественной и в полном объеме медицинской помощи населению, безответственно относящемуся к собственному здоровью и здоровью своих детей.

К влияющим факторам можно отнести уровень профессиональной подготовки врачей и полноценное медицинское законодательство.

Третий “этаж” – это ответственность врачей за качество конечного результата, что обеспечивается лицензированием не учреждений, как это существует в данное время, а самих специалистов, доступность медицинской помощи и специализированной высокотехнологичной и, соответственно, дорогостоящей медицинской помощи, независимо от социального и имущественного положения групп населения.

Надлежащее медицинское страхование и оплата труда медицинского персонала должны базироваться не на минимальных стандартах, а на максимально возможных, соответственно уровню экономического развития страны, при отчислении на эти цели не менее 5% от валового внутреннего продукта (ВВП). Эта величина рекомендована ВОЗ и основана на глубоких медико-экономических расчетах. Она является минимальной, позволяющей только

Факторы, обеспечивающие качество ПМСП в условиях мультивариантности организационных форм учреждений здравоохранения



стабилизировать уровень здоровья населения и не допускать его дальнейшей деградации. Для обеспечения позитивной динамики важнейших показателей здоровья и высокого уровня качества ПМСП, с учетом реальной патологической пораженности населения в России, на самом деле требуется значительно больше средств на медицинское страхование – 10–12% от ВВП.

Оплата труда врачей также требует увеличения, но не на проценты, равные инфляции, а поэтапного доведения ее до средневропейского уровня. Качественная медицинская помощь по определению не может быть низкооплачиваемой, поскольку в рыночных условиях только справедливая оплата труда обеспечивает эффективную конкуренцию и специалистов, и учреждений здравоохранения, независимо от их организационно-правовых форм.

Преодоление коррупционного разложения в здравоохранении возможно только при условии сочетания государственного и общественного контроля. Такое возможно только в условиях гражданского общества, к которому стремятся все государства мира, находящиеся на разном удалении от него. Не случайно в идео-

логии восстановленного Российской медицинской ассоциацией Пироговского движения врачей заложен принцип государственно-общественного здравоохранения, которое может быть создано не через слом просуществовавшей много десятилетий, малозатратной и эффективной системы здравоохранения и ПМСП, а путем адаптации их к рыночному экономическому развитию с ориентацией на обеспечение высокого качества медицинской помощи.

Литература

1. Большой толковый словарь русского языка / Сост. и гл. ред. С.А. Кузнецов. – СПб.: Норинт, 2000. – 1536 с.
2. Медико-социальная хартия Российской Федерации / Сост. и ред. Г.А. Комаров. Изд. 2. – СПб.: Медицинская пресса, 2001. – 55 с.
3. Конвенция о правах и обязанностях врачей в Российской Федерации / Сост. и ред. Г.А. Комаров. – СПб., Медицинская пресса, 2004. – 16 с.