

## ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЗАПАДНОГО ОПЫТА В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Как западный опыт в области организации и финансирования системы охраны общественного здоровья может помочь российскому здравоохранению? Читайте об этом в представленной публикации.*

Качество и эффективность оказания медицинской помощи в значительной степени зависит от наличия и доступности лекарственных средств, поэтому обеспечение населения эффективными и безопасными лекарствами - приоритетная задача каждой страны. Прошедшая приватизация аптечных учреждений в девяностых годах при стихийном развитии рыночных отношений в этой сфере привели к вымыванию необходимого ассортимента относительно дешевых отечественных препаратов, значительному удорожанию лекарств за счет больших торговых наценок, резкому преобладанию дорогостоящих импортных лекарственных средств, появлению на рынке некачественной продукции.

В этих условиях государственная политика обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения должна быть направлена на предоставление их потребителям в достаточном качественном ассортименте и объеме по доступным ценам. Основным направлением реализации государственной политики в области лекарственной помощи гражданам должно быть лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий.

Как показывает международный опыт, рациональное применение лекарственных средств (ЛС) является наиболее эффективным способом оптимизации использования бюджетов здравоохранения. Согласно рекомендациям ВОЗ, первым этапом является введение национального перечня жизненно важных лекарственных средств. В России впервые такой перечень был утвержден в январе 1992 года.

Качественно новый этап перехода к рациональному назначению и использованию ЛС - формирование и использование формулярной системы. Формуляры лекарственных средств составляются на основании стандартов (протоколов) лечения по принципу выбора лекарств с оптимальным соотношением эффективности, безопасности и стоимости. Опыт внедрения формуляров в ряде регионов свидетельствует об

экономии 25-30% финансовых средств, которые ранее тратились на неэффективные, устаревшие и небезопасные лекарства.

Анализ продаж жизненно важных лекарств, включенных в ВОЗовский перечень, показал, что они составляют всего лишь 20 процентов, то есть 80 процентов препаратов, продающихся в стране, не относятся к числу наиболее важных и основных. Разумеется, перечень ВОЗ - не стандарт ни для одного государства. В любой стране, регионе есть своя специфика, которую необходимо учитывать. Наиболее популярные препараты в России - корвалол, валериана, активированный уголь, аскорбиновая кислота, нафтизин, пенталгин, глюконат кальция. С позиции ВОЗ они не являются ни основными, ни жизненно важными, тем не менее поглощают большую часть средств, которых так не хватает.

В Российской Федерации от 3 до 15% всех обращений к врачу вызваны ухудшением состояния здоровья в связи с применением лекарств, причиной 3-5% госпитализаций являются побочные реакции от лечения. Установлено, что в среднем побочные эффекты лекарственной терапии развиваются у 10-30% госпитализированных больных.

В нашей стране около 50% всех назначений врача в амбулаторной практике ошибочны. Полипрагмазия имеет место в 30% случаев. Число врачебных ошибок при назначении ЛС достигает по отдельным нозологическим единицам 30%. При этом либо ставится неправильный диагноз и, соответственно, назначается неправильное лечение, либо при правильном диагнозе выбирается неправильное лечение. В 21% случаев используются малоэффективные или устаревшие ЛС (во многих странах мира эта цифра не превышает 5%). В 27% случаев применяются ЛС с высоким риском побочных эффектов.

В развитых странах врачебные ошибки в области диагностики и лечения достигают 6-7%, в России - до 20%. В США ежегодно регистрируется 8,76 млн. случаев госпитализации в результате ошибок фармакотерапии (на лечение их последствий тратится 47,4 млрд. долл.), 115

млн. посещений пациентами врачей связано с использованием лекарственных средств (7,5 млрд. долл.), выписывается 76,3 млн. дополнительных рецептов для исправления ошибок фармакотерапии (1,93 млрд. долл.), серьезные побочные реакции регистрируются ежегодно у 2,1 млн. больных и являются четвертой по частоте причиной смерти. 200 тыс. американцев умирает из-за неправильного использования лекарственных средств, - не от болезней, а от их неправильного лечения! Сколько таких жертв среди россиян - никто не знает, а главное никто и не пытается это установить. Количество жертв лекарственной терапии в 3 раза превышает число ежегодно погибающих в автомобильных катастрофах. Цифры впечатляют.

Необходимо проводить фармакоэкономическую оценку лекарственных средств для включения их в стандарт лечения. Появление протоколов ведения больных коренным образом меняет сложившуюся врачебную практику: от существующей почти полной бесконтрольности к строго регламентированным действиям. Еще в сентябре 1999 г. Минздравом России была утверждена концепция государственной программы лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения и населения Российской Федерации, в которой термин "фармакоэкономика" упоминался чуть ли не в каждой строке. И это не случайно - фармакоэкономическая оценка везде в мире уже становится базой для создания рациональной системы лекарственного обеспечения. Однако подготовка различных прогрессивных документов не является гарантией эффективного их внедрения на практике.

Фармакоэкономическая оценка особенно актуальна в России, где уровень финансирования здравоохранения низок, а факты нерационального использования средств, особенно при медикаментозной терапии, встречаются довольно часто. Половина больных в России получает неэффективные препараты, свойства которых не подтверждены доказательной медициной. Высокоэффективными и в то же время доступными по цене являются лишь 12% имеющихся на рынке лекарственных средств.

До сих пор оценка лекарственных средств проводилась преимущественно по двум параметрам: безопасностью и эффективностью. Но с резким подорожанием лекарственных технологий возникла необходимость анализа оправданности финансовых затрат при использовании того или иного препарата. Таким образом, сегодня при выборе медикаментозной терапии необходимо руководствоваться тремя критери-

ями: эффективностью, безопасностью и стоимостью.

Различия в тактике оказания медицинской помощи поставили вопрос о том, какая помощь является оптимальной. Клиническая эпидемиология (clinical epidemiology) - это наука, позволяющая осуществить прогнозирование для каждого конкретного пациента на основании изучения клинического течения болезни в аналогичных случаях с использованием строгих научных методов изучения групп больных для обеспечения точности прогнозов. Цель клинической эпидемиологии - разработка и применение таких методов клинического наблюдения, которые дают возможность делать справедливые заключения, избегая влияния систематических и случайных ошибок. Сейчас разрабатываются способы еще более тщательной оценки клинических данных, которыми могут пользоваться руководители здравоохранения.

В экономически развитых странах прилагаются огромные усилия и выделяются значительные средства для создания системы здравоохранения, основанной на принципах доказательной медицины. При этом преследуется цель постепенного перехода к тому, чтобы все рекомендации основывались на достоверных сведениях о медицинских вмешательствах.

### **Стандартизация**

Одним из важнейших направлений совершенствования здравоохранения является создание единой системы стандартизации, направленной на совершенствование управления отраслью, обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации, на повышение качества и безопасности медицинской помощи, рациональное использование финансовых, материальных и кадровых ресурсов, оптимизацию лечебно-диагностического процесса.

Создание и развитие системы стандартизации в здравоохранении было обусловлено объективной необходимостью обобщения, унификации и общедоступности новых результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для их эффективного применения в сфере оказания медицинской помощи. Стандартизация направлена на достижение оптимальной степени упорядочивания в системе охраны здоровья граждан посредством использования установленных положений, требований, норм для повышения качества профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.

Профессиональные медицинские стандарты в нашей стране начали разрабатываться стихийно в отдельных регионах с конца 80-х годов. Однако из-за отсутствия единой методологии и законодательной основы данные разработки не могли претендовать на роль нормативных документов по стандартизации в области здравоохранения.

20 октября 1997 г. на совместной коллегии Минздрава России, Госстандарта и Федерального фонда ОМС были утверждены "Основные положения стандартизации в сфере здравоохранения". В данном документе определены цели, задачи и основные направления развития системы стандартизации в отрасли.

Комплексная система нормативного обеспечения оказания медицинской помощи и взаимосвязанных с ней процессов, работ, товаров и услуг расширяет возможности стратегического планирования, эффективного использования имеющихся ресурсов, регулирования и контроля затрат на лечение и охрану здоровья, позволяет более эффективно реализовывать защиту прав пациентов, осуществлять действенный контроль и регулировать деятельность учреждений здравоохранения.

#### **Роль и место стандартизации в системе управления качеством медицинской помощи<sup>1</sup>**

Ничто в профессиональном сообществе врачей не вызывает больших споров, чем вопросы стандартизации оказания медицинской помощи. Диапазон мнений - от открытого неприятия до полной поддержки, причем отношение медицинской общественности к стандартизации в настоящее время все-таки имеет преимущественно негативную окраску. Многие проблемы здесь носят психологический характер. Практически любое вмешательство в устоявшуюся трудовую деятельность воспринимается медработниками негативно. Люди в силу своих психологических особенностей стремятся к стабильности. Они желают пользоваться своими наработанными трудовыми навыками. Поэтому очень важно информировать врачей о роли медицинских стандартов в системе управления качеством медицинской помощи, объяснив, что их использование ни в коем случае не посягает на их профессиональную самостоятельность.

Цели и принципы стандартизации в Российской Федерации установлены Федеральным законом от 27.12.2002 N 184-ФЗ "О техническом регулировании" и ГОСТ Р 1.0-2004 "Стандартизация в Российской Федерации. Основные положения"<sup>2</sup>. Целями стандартизации конкретно в здравоохранении являются: совершенствование управления отраслью; обеспечение ее целостности за счет единых подходов к планированию, организации, нормированию, лицензированию и сертификации; повышение качества, доступности и безопасности медицинской помощи; рациональное использование финансовых, кадровых и материальных ресурсов; оптимизация лечебно-диагностического процесса; интеграция отечественного здравоохранения в мировую медицинскую практику.<sup>3</sup>

Достижение указанных взаимосвязанных целей достигается путем отбора, унификации и внедрения в практику наиболее эффективных научно обоснованных и воспроизводимых в существующих условиях методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, а также управленческих и информационных технологий.

Таким образом, стандартизация охватывает практически все аспекты деятельности системы здравоохранения и факторы, влияющие на качество, безопасность и эффективность оказания медицинской помощи, начиная от материально-технического оснащения, лекарственно-обеспечения и профессиональной подготовки работников до внедрения современных организационных, медицинских и информационных технологий. Отдельно стоят стандарты по организации производства и контролю качества лекарственных средств (GMP), медицинского оборудования и медицинских изделий, лабораторным технологиям, клиническим исследованиям (GCP).

В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 27.12.2002 N 184-ФЗ "О техническом регулировании" под стандартизацией понимают деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного<sup>4</sup> многократного использования, направленную на достижение упорядоченности в сферах производства и обращения продукции и повышение конкурентоспособности продукции, работ или

<sup>1</sup>Источник: Татарников М.А. Управление качеством медицинской помощи. - Москва, 2016 г.

<sup>2</sup>ГОСТ Р 1.0-2004 утвержден приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30.12.2004 N 152-ст.

<sup>3</sup>Более подробно о целях, задачах и принципах стандартизации в здравоохранении см. в "Основных положениях стандартизации в здравоохранении", утвержденных совместным приказом Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 19.01.1998 N 12/2.

<sup>4</sup>В соответствии с частью 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" применение стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания носит не добровольный, а обязательный характер.

услуг. Другими словами, целью стандартизации является разработка и практическое использование оптимальных решений для повторяющихся задач в определенных условиях.

Соответственно стандарты в сфере оказания медицинской помощи – это документы, в которых в целях добровольного или обязательного<sup>1</sup> многократного использования устанавливаются характеристики медицинских услуг, правила их оказания, характеристики процессов выполнения соответствующих работ или оказания услуг. В соответствии с этим определением к стандартам в сфере оказания медицинской помощи можно отнести:

- 1) стандарты медицинской помощи;
- 2) порядки оказания медицинской помощи;
- 3) клинические рекомендации<sup>2</sup> и протоколы лечения.

Стандарты и порядки оказания медицинской помощи утверждаются Минздравом России, который определяет процедуру их разработки и утверждения. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи разрабатывают и утверждают медицинские профессиональные некоммерческие организации.

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками ее оказания, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Следовательно, применение стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания носит обязательный характер. Они используются при планировании, организации и контроле объемов и качества медицинской помощи населению. На их основе разрабатываются базовая и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, базовая и территориальные программы ОМС. Стандарты медицинской помощи и по-

рядки ее оказания также применяются при разработке показателей качества медицинской помощи<sup>3</sup>, эффективности и безопасности медицинской деятельности, лицензировании медицинских учреждений, подготовке, аттестации и сертификации специалистов.

Как видно, область применения стандартов и порядков оказания медицинской помощи действительно всеобъемлюща, поэтому важно знать возможности и ограничения их использования в практической деятельности. Когда применение стандартов и порядков действительно обоснованно и необходимо, а где их использование ограничено? Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо дать их определения.

Порядок оказания медицинской помощи – нормативно-правовой акт, регламентирующий организацию медицинской помощи по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включающий в себя: этапы и виды оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарты оснащения медицинской организации и ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации и ее структурных подразделений; иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Таким образом, порядки оказания медицинской помощи – это документы по организации медицинской помощи и ее материально-техническому и кадровому обеспечению. Соответственно главную роль при соблюдении порядков играют организаторы здравоохранения. Рядовые врачи должны знать порядки оказания медицинской помощи по своей специальности и своевременно информировать свое руководство при их нарушении.

Иное назначение у стандарта медицинской помощи. Его задача описать "усредненный" случай оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях, объемы и виды оказываемых при этом медицинских услуг.

<sup>1</sup>В случаях, предусмотренных Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<sup>2</sup>Под клиническими рекомендациями понимают одобренные профессиональным сообществом периодически обновляемые научно доказанные положения (утверждения), помогающие врачу в определенных условиях принимать правильные решения. Клинические рекомендации (протоколы лечения) в соответствии со статьей 2 Федерального закона от 27.12.2002 N 184-ФЗ "О техническом регулировании" де-факто относятся к стандартам, так как содержат характеристики и правила оказания медицинских услуг для их добровольного многократного использования. В отличие от стандартов и порядков оказания медицинской помощи они несут рекомендательный характер. Несмотря на свой неопределенный юридический статус, могут служить инструментом контроля качества и объемов медицинской помощи, а также использоваться при разработке стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

<sup>3</sup>В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

В соответствии с частью 4 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг<sup>1</sup> и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- медицинских услуг;
- зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ;
- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Таким образом, стандарт медицинской помощи - это нормативно-правовой акт, описывающий "усредненный" случай оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях и содержащий усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, т.е. средний объем медицинской помощи на один случай, а также средние сроки лечения. Документ используется при расчетах и контроле объемов соответствующей медицинской помощи при разработке и реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая программы ОМС.

Усредненный показатель частоты предоставления медицинских услуг или назначения лекарственных препаратов, включенных в стандарт медицинской помощи, может принимать значения от 0 до 1, где 1 означает, что данное мероприятие проводится 100% пациентов, соответствующих данной модели, а цифры менее 1 - указанному в стандарте медицинской помощи проценту пациентов, имеющих соответствующие медицинские показания.

Для удобства разработки и использования структура стандартов медицинской помощи

унифицирована. В начале документа указываются: возрастная категория и пол больного; фаза, стадия и наличие осложнений заболевания; вид, условия и форма оказания медицинской помощи; средние сроки лечения и код по МКБ X. Далее идут таблицы с указанием кода, наименования, усредненных показателей частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг для диагностики и лечения заболевания, перечень лекарственных препаратов с указанием средних суточных и курсовых доз<sup>2</sup>, перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, виды лечебного питания, а также иные усредненные показатели, учитывающие особенности конкретного заболевания (состояния).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Так как стандарт медицинской помощи содержит характеристику "усредненного" случая оказания медицинской помощи, сразу возникает вопрос о его практическом применении при диагностике и лечении не "усредненных", а реальных больных. Какую релевантную информацию содержит этот документ для практического врача и как ее грамотно использовать?

Например, если усредненный показатель частоты предоставления какой-либо медицинской услуги равен единице, то тут все ясно - эту услугу должны получить все 100% пациентов. А если показатель отличен от 1? Действительно, как врачу воспринимать усредненный показатель частоты предоставления какой-либо медицинской услуги со значением, скажем, 0,5? Постоянно держать эту информацию в уме и стараться любой ценой выдержать этот плановый показатель? А если больные в этот день (неделю, месяц) не нуждаются в этой услуге? Назначать ненужные услуги? А что если исчерпан лимит на эти услуги - искусственно ограничивать их назначение действительно нуждающимся больным?

<sup>1</sup> В настоящее время действует номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Минздрава России от 27.12.2011 N 1664н (ред. от 28.10.2013).

<sup>2</sup> При формировании перечня лекарственных препаратов используются их международные непатентованные наименования. Лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации, назначаются в соответствии с инструкцией по их применению и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной ВОЗ, а также с учетом способа введения и применения лекарственного препарата. При назначении лекарственных препаратов для медицинского применения детям доза определяется с учетом массы тела, возраста в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата для медицинского применения.

Ответы на эти вопросы содержатся в правильном понимании сущности и роли стандартов в системе организации медицинской помощи. Многое здесь зависит от грамотной разъяснительной работы среди медицинских работников и правильного применения стандартов медицинской помощи в соответствии с их назначением. Скажем сразу, что превышение усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи, допускается при условии наличия медицинских показаний с учетом индивидуальных особенностей пациента, особенностей течения заболевания, по назначению лечащего врача. Кроме того, при наличии показаний и по результатам лабораторных и инструментальных исследований могут проводиться дополнительные диагностические исследования, не включенные в стандарт. При развитии конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания необходимо исключить дублирование медицинских услуг<sup>1</sup>.

Врачам необходимо знать ограничения применения стандартов медицинской помощи в клинической практике, особенно при проверках обоснованности объемов и качества медицинской помощи. Так как стандарт описывает "усредненный" случай оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях и содержит усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, а также средние сроки лечения, то ему по определению присущи все недостатки использования средних величин. Напомним читателям, что под средней величиной понимают обобщающий показатель, характеризующий типичный уровень явления в конкретных условиях места и времени, отражающий величину варьируемого признака в расчете на единицу качественно однородной совокупности. Ключевыми словами в этом определении являются "качественно однородная совокупность", т.к. расчеты средних показателей качественно неоднородных групп теряют всякое практическое значение. Это что-то вроде средней температуры пациентов по больнице. При сильном разбросе признака от средней величины доля случаев, полностью соответствующих описанию в стандарте, уменьшается. Соответственно снижается практическая ценность использования средних стандартных показателей частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, а также средних сроков лечения для оценки единичных клинических случаев.

Таким образом, стандартизация медицинских услуг и порядков их оказания является важнейшей составляющей системы управления качеством. Однако при этом важно знать ее возможности и ограничения. Целями стандартизации помимо обеспечения эффективности и качества оказания медицинской помощи являются совершенствование системы управления здравоохранением, эффективное использование ресурсов и защита прав пациентов на качественное медицинское обслуживание в должном объеме. Стандарты могут служить инструментом контроля объемов и отчасти качества медицинской помощи только при анализе достаточно большого количества однородных случаев ее оказания. При экспертизе отдельных случаев их роль снижается.

Также нельзя забывать о различиях между стандартизованным и индивидуальным подходами в лечении больных. Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи ориентированы на "средний" случай. Эффективность же лечения основывается на дифференцированном подходе. Однако нельзя "дробить" стандарты до бесконечности. Одним из способов повысить точность диагностики и избирательность лечения является использование методов персонализированной медицины. Открытия последних лет в области генетики, молекулярной биологии, биоинформатики и ряда других медико-биологических наук позволили по-новому взглянуть на механизмы взаимодействия между клетками, белками и генами человека. Люди различаются по своей молекулярно-генетической структуре, определяющей биохимические и иммунные процессы, и соответственно лечить их надо с учетом индивидуальных особенностей. За этим - будущее медицины. Соответствующие изменения претерпят стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации.

#### **Качество медицинской помощи**

Провозгласив одной из целей реформирования отрасли улучшение качества медицинской помощи (КМП), отечественное здравоохранение, включая систему ОМС, столкнулось с целым рядом проблем, многие из которых до сих пор не имеют однозначного решения не только в России, но и в странах, обладающих более длительным опытом создания систем обеспечения КМП. В список этих проблем могут быть включены практически все аспекты обеспече-

<sup>1</sup>См. письмо Минздрава России от 30.04.2013 N 13-2/10/2-3113 "О применении стандартов и порядков оказания медицинской помощи".

ния КМП: определение КМП, выбор адекватного метода его оценки, способы управления КМП, правовое регулирование и др.

Традиционно КМП оценивается по трем общим направлениям: структуре, процессу и исходам.

Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе материальных ресурсов (например, оборудования и приспособлений), персонала (его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (система организации медицинской помощи, система трудовой мотивации работников, система оценки работы врачей и др.).

Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в т.ч. ее обособленность, адекватность, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность.

Исход описывает результат оказанной помощи в отношении состояния здоровья пациента, включая изменения в его сознании и поведении, удовлетворенность больного медицинским обслуживанием, биологические изменения заболевания, осложнения лечения, заболеваемость и смертность.

При оценке эффективности деятельности медицинских организаций необходим набор адекватных показателей, отражающих его основные функции. Эти показатели должны быть универсальными, чтобы применять систему оценки эффективности медицинской помощи как на уровне учреждений здравоохранения, так и их структурных подразделений, и иметь количественное выражение. Число показателей должно быть, с одной стороны, по возможности минимальным, а с другой - отражать все основные аспекты деятельности медицинского учреждения.

КМП - это совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.<sup>1</sup> Основными показателями КМП являются ее адекватность, доступность, преемственность и непрерывность, действенность, результативность, эффективность, безопасность, своевременность, стабильность процесса и результата.

Известно, что только 5-15% проблем качества обусловлено индивидуальными нарушениями, а 85-95% являются результатом дефектов самой системы организации медицинской помощи. Следовательно, КМП нужно рассматривать с позиций:

- качества материально-технической базы ЛПУ и медицинского персонала;
- наличия медицинских технологий, эффективность которых доказана;
- наличия утвержденных технологий выполнения медицинских услуг;
- наличия оптимизированных организационных технологий;
- наличия показателей оценки здоровья пациента и их оценки в процессе лечения;
- анализа соответствия полученных клинических результатов и произведенных затрат.

Обеспечение КМП - один из главных элементов совершенствования медицинского обслуживания населения и усиления эффективности деятельности учреждений здравоохранения. Подразумевается, что независимо от уровня ЛПУ каждый пациент должен получать в соответствии с возможностями этого учреждения качественную медицинскую помощь при минимальном риске для своего здоровья. Проблема КМП - многофакторная. Она подразумевает эффективность всех сторон деятельности ЛПУ и включает такие составляющие как качество медицинских услуг и их организации, качество аппаратуры, инструментария, лекарственных препаратов, информационного обеспечения, оптимизацию документирования процедур, систему управления КМП и т.д.

Основные принципы управления качеством носят универсальный характер как для предприятий и учреждений различных отраслей, форм и специализаций, так и для различных стран. Это позволило разработать принципы универсального управления качеством - международные стандарты менеджмента и их российские аналоги.

Таким образом, КМП неразрывно связано со стандартизацией в здравоохранении. Стандарты помогают создавать, контролировать и постоянно совершенствовать систему качества медицинской помощи, позволяют по объективным критериям оценивать деятельность ЛПУ и медицинских работников.

<sup>1</sup> В соответствии со статьей 2 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. По определению Европейского регионального бюро ВОЗ под качеством медицинской помощи понимается комплекс диагностической и лечебной помощи, которая приводит к оптимальным для здоровья конкретного пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки и такими биологическими факторами как возраст, заболевание, сопутствующее заболевание, реакция на выбранное лечение и т.д. с минимальным риском дополнительного травмирования или нетрудоспособности. - Прим. ред.

### Реформы системы здравоохранения и КМП<sup>1</sup>

Здравоохранение требует больших вложений. Но даже при нынешнем финансировании можно многое сделать для здоровья российских граждан. Безусловно, появившиеся западные лекарства и технологии, чья реклама сулит чудеса, весьма соблазнительны. Но западные врачи на своем горьком опыте уже убедились, что, не умея правильно использовать новые диагностические и лечебные методики, можно потратить впустую еще больше денег.

Достижения последних двадцати пяти лет в философии, науке и экономике здравоохранения, а также в области управления им, коренным образом изменили медицинскую практику Западной Европы и Северной Америки. При желании Россия тоже может перенять этот опыт. На Западе признано, что перестройка здравоохранения должна включать в себя три обязательные составляющие:

- 1) финансовые реформы;
- 2) ориентацию на научно доказательную медицину (evidence-based medicine);
- 3) особое внимание к роли самого больного в системе медицинской помощи.

Если Россия последует этому совету, она сможет самым эффективным на сегодняшний день образом улучшить свою систему охраны здоровья.

Можно выделить семь основных аспектов, подлежащих существенным преобразованиям:

- 1) медицинская практика должна быть основана на точных методах эмпирической науки, для чего традиционные методы следует критически пересмотреть;
- 2) организация управления и финансирования должна способствовать тому, чтобы средства использовались с большей выгодой;
- 3) у больных должен быть выбор за счет конкуренции тех, кто предоставляет медицинские услуги;
- 4) необходимо поднять уровень медицинской профессии и лечебных учреждений;
- 5) должен существовать целостный (системный) подход к лечебному процессу;
- 6) в совершенствовании здравоохранения должны участвовать больные;
- 7) необходима доступная всем информационная система по вопросам здравоохранения.

**Медицинская практика должна быть основана на точных методах эмпирической науки, для чего традиционные методы следует пересмотреть**

За последнюю четверть века наиболее серьезные исследования разных стран в области ме-

дицины воплотились в ее новом направлении - клинической эпидемиологии, ставшей существенной частью врачебных знаний.

Клиническая эпидемиология ставит во главу угла принцип: "Каждое практическое решение в медицине должно опираться на строго доказанные научные факты". Этот принцип получил название "научно обоснованной медицинской практики" или "научно доказательной медицины".

Важнейшей проблемой является гипердиагностика. При копрологическом исследовании на скрытую кровь у лиц в возрасте от 50 до 74 лет она будет обнаружена почти у половины (45%) обследуемых. Чтобы исключить рак прямой кишки, их нужно будет подвергнуть колоноскопии или рентгеноскопии с введением бариевой клизмы. При этом, как показывают расчеты, этот диагноз будет подтвержден только у 2-11% больных старше 50 лет. Психологические травмы пациентов, к которым могут привести ложноположительные результаты скрининга, едва ли не важнее финансовых затрат. Наблюдение за детьми, у которых заподозрили заболевание сердца, показало, что степень ограничений, которые внес в их повседневную жизнь этот диагноз, была выше у тех больных, у которых органическое заболевание сердца в дальнейшем не подтвердилось.

Навешивание диагностических ярлыков порой имеет ужасные последствия, оказываясь большим злом, чем сама болезнь. Лишними диагностическими процедурами больному оказывается медвежья услуга. Однако в российской медицине излишняя диагностика и избыточное лечение являются правилом.

### Пересмотр исследовательских традиций в свете концепций научно доказательной медицины

Постоянное развитие медицины все время побуждает врача выбирать из современных достижений те, которые он будет использовать в своей работе. Как сделать правильный выбор?

Для всех медицинских исследований неизбежны смещения (или систематические ошибки). Наукой давно разработан ряд правил, позволяющий свести их до минимума.

"Золотым стандартом" доказательства "истинности" результата является рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование. Сбор материала методом случайной выборки (рандомизации) позволяет максимально разнообразить любые свойства исследуемой и контрольной групп (пол, возраст, биологические параметры и т.п.). Получа-

<sup>1</sup>Источник: Стенли Дж. Тиллингаст. Россия выбирает жизнь. Программа реформирования российского здравоохранения.



емая таким образом гетерогенность материала позволяет избежать накопления случайных помех и превращения их в закономерные. Это также позволяет эстраполировать результаты на более широкую популяцию.

Метод двойного слепого контроля - когда ни тот, кто оценивает результат, ни сам испытуемый не знают, кому проводилось исследуемое вмешательство, а кому давали "пустышку" (имитировали процедуру). Он позволяет избежать естественной для людей склонности к обнаружению желаемого эффекта.

Оценка показателя общей смертности (который, если смертность не является одним из исходов изучаемого вмешательства, заменяется показателем клинически значимого исхода), позволяет оценить явление в целом (выжил, выздоровел), а не довольствоваться оценкой одного из частных параметров.

Например, клинические испытания гиполипемических препаратов неоднократно демонстрировали снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Но существуют данные и о том, что у принимавших такие медикаменты возрастала общая смертность, но уже от других причин. Не зная этого, можно назначением подобных лекарств нанести большим непоправимый вред.

Есть и другие примеры. Анализ качества клинических исследований по гипербарической оксигенации, опубликованных в русскоязычных журналах, показал, что из 446 работ только в 24 (5,4%) была контрольная группа, а плацебо-контроль и метод случайной выборки вообще не применялись.

Аналогичная ситуация наблюдалась при анализе работ по использованию лазерного облучения низкой интенсивности при лечении внутренних болезней. Из 1460 публикаций только в 10% случаев упоминалась контрольная группа, в 1,8% использовался плацебо-контроль, а случайная выборка не проводилась.

В обоих случаях эксперты сочли, что для широкого применения этих методов нет достаточных доказательств. Это не значит, что такие методы вовсе бесполезны. Просто их полезность не доказана. В любом случае краткосрочность исследований и узкий круг изучавшихся в них нозологических форм не дает права судить о влиянии этих методов на здоровье в целом.

В качестве еще одного примера можно привести исследование эффективности антиаритмических средств, которые долгое время применяли для предотвращения смертельных аритмий после инфаркта миокарда. Так было до тех пор, пока многолетнее рандомизирован-

ное клиническое испытание, проведенное в соответствии с "золотым стандартом", не показало, что общая смертность у принимавших эти препараты была выше, чем в контрольной группе.

Конечно, не всегда можно воспользоваться "золотым стандартом", так как подобные исследования очень дороги, долгосрочны и крупномасштабны. Но за последние двадцать лет именно они стали ориентиром для западных врачей.

**Нам нужны методики, которые уже работают, а не те, что будто бы должны работать**

Исследователи, сколь благими не были бы их намерения, склонны видеть и публиковать только положительные результаты своих работ. И когда у их оппонентов нет достоверных альтернативных данных, то независимо от опыта и своей квалификации им нечего возразить. Отсюда следует, что для объективной оценки нужны верифицированные методики.

Очень часто в практику внедряются методы, эффективность которых еще только предполагается. Западный же опыт неоднократно показывал, что чаще все происходит совсем наоборот: методики, которые будто бы должны работать, не работают. А некоторые из них имеет смысл применять лишь для ограниченного круга больных из группы высокого риска по данному заболеванию.

**Значение анализа показателя "стоимость-эффективность"**

Методика может считаться эффективной, если ее использование оправдывает риск и затраты, связанные с ее внедрением. Мерой здесь должно быть количественное сравнение полезности одной методики (скажем, количество спасенных за год жизни) с аналогичной ценностью другой, но не с ничегонеделанием.

Таким образом, Россия будет заимствовать у Запада медицинские знания и технологии до тех пор, пока она не пересмотрит систему финансирования своего здравоохранения, а также культуру исследований, экспертных оценок, публикаций и образования, прежде всего, на основе идей клинической эпидемиологии.

К сожалению все, кто знаком с российской медициной, единодушно отмечают: важность принципов клинической эпидемиологии и научно доказательной медицины у нас еще не осознана. Это одно из самых главных препятствий на пути совершенствования российского здравоохранения, едва ли не большее, чем устаревшее оборудование и отсутствие денег.

**Соккрытие - это не решение проблемы. Нужен механизм саморегуляции по принципу "обратной связи"**

Однажды специалисты по внутрибольничным инфекциям посетили один из городских стационаров в Центральной России. В его годовом отчете значилось, что там не зарегистрировано ни одного случая послеоперационной раневой инфекции. Будь это правдой, был бы установлен мировой рекорд, хирургам со всего мира следовало бы такому поучиться.

Однако, попав в послеоперационное отделение интенсивной терапии, они тотчас же наткнулись на больного, у которого была не просто инфекция, а гнойное расплавление краев послеоперационной раны. После расспросов выяснилось, как и ожидалось, что это не столь уж необычное явление.

Естественное нежелание признавать ошибки вкупе с ведомственными инструкциями и системой оплаты труда, которые воспринимаются хирургами не иначе, как система наказаний, приводят к тому, что случаи раневой инфекции скрываются. Не попадают они и в отчеты главного врача. Легкоустранимая проблема загоняется под ковер, потому что она грозит наказанием хирургу.

**Чтобы Вам длительно сопутствовал успех - исправляйте свои ошибки**

В основе многих процессов лежит механизм "обратной связи". Он обеспечивает саморегуляцию системы, будь то национальная экономика, вращение планет вокруг солнца или гомеостаз организма. Его суть в получении "обратного сигнала" от регулируемого объекта, который в ответ на управление им сообщает о своем состоянии в данный момент. Сигнал тем сильнее, чем больше отклонение параметров системы от первоначальных значений, и тем сильнее будут приняты меры, чтобы вернуть систему в равновесие.

Вот пример того, как подобный механизм, прежде разработанный для промышленности, работает в практическом здравоохранении. 23 хирурга, работавшие в трех штатах США, регулярно оповещали друг друга об имеющемся и прогнозируемом уровне больничной смертности своих пациентов. Их также обучили технике постоянного совершенствования качества, и они совместно вырабатывали тактику предупреждения осложнений. В результате больничная смертность снизилась на 24%. Этот показатель намного превышал таковой в других регионах и держался более трех лет. Перед нами пример профессионального сотрудничества на

общее благо, выгодно отличающийся от обычно наблюдаемой конкурентной борьбы и сокращения неудачных результатов.

### **Прочь от страха**

Во многие медицинские учреждения России проникла атмосфера страха. Больные помалкивают о плохой медицинской помощи из опасений ее вовсе не получить, медсестры и врачи - из страха быть обвиненными, независимо от того, виноваты они или нет. Этим частично объясняется, почему многие избегают врачей до тех пор, пока совсем не разболеются.

W. Edwards Deming, занимавшийся постоянным совершенствованием качества в японской промышленности, разработал 14 постулатов. Один из них гласит: "Изгони из себя страх". Его последователи наизусть заучивали фразу: "Каждый недостаток есть богатство", означающую, что для исправления ошибок их нужно выявлять и публично обсуждать.

До тех пор пока признание ошибок не станет культурной нормой, а "обратная связь" будет сводиться к наказанию, ничто не изменится к лучшему.

**Формально понятый "контроль качества" приводит к избыточной медицинской помощи**

В западном здравоохранении раньше существовала теория "страхования качества" или "контроля качества". В ней за основу принималось то, что проводившееся лечение всегда было оптимальным, а если нет, то можно найти виновного. Однако сейчас мы знаем, что подобный индивидуальный "контроль качества" может выявить лишь около 5% ошибок, да и то post factum.

Новый принцип "улучшения качества" гласит: нужно стремиться постоянно совершенствовать весь процесс оказания помощи, тогда мы поможем всем больным, а не только тем 5%.

**Медико-экономические стандарты мешают совершенствовать здравоохранение**

Объем и структура лечебной помощи регулируется в России стандартами. В их основе лежат клинические представления о некоей "достаточности" всех параметров этой помощи (методов лабораторной и инструментальной диагностики, выбора лекарств, длительности лечения, контрольных процедур, консультаций специалистов и пр.) при конкретном заболевании.

Эти нормы были разработаны для чиновников здравоохранения, чтобы они могли судить о стоимости медицинских услуг, и первоначально носили рекомендательный характер. Для

этой цели они по-прежнему полезны. Однако впоследствии они превратились в жесткие нормативы для оценки адекватности лечения, что совершенно неуместно.

На практике это приводит к тому, что врачи подчас ориентируются в своей деятельности не на особенности состояния больного, а на требования стандартов оказания медицинской помощи, поскольку отклонение от этих жестких стандартов наказуемо. Врачи могут наказаться за назначение ненужных процедур и за неисполнение чего-то, что признано обязательным. В результате такие стандарты заведомо ведут к избыточности объема медицинской помощи.

#### **"Эталоны" качества медицинской помощи**

В идеале оценка качества лечебного процесса должна производиться по конечным исходам: снижению смертности, заболеваемости, нетрудоспособности или улучшению функциональных показателей у хронических больных. Однако такая оценка имеет недостатки. Для окончательного суждения об эффективности внедряемого метода требуется много лет. Кроме того, слишком многие факторы (например, возраст или выраженность заболевания в исследуемой популяции) могут оказывать на результат (например, на смертность) более сильное влияние, чем оцениваемое вмешательство, тем самым существенно искажая его значение.

С другой стороны, нередко оценка лечения подменяется оценкой "выполнения нормативов".

Необходим более дешевый метод оценки качества, который давал бы точные результаты в более короткие сроки, на меньших группах больных, был бы объективным и позволял прогнозировать клинические исходы.

В некоторых особых ситуациях можно ориентироваться на промежуточные показатели качества лечения. Это различные параметры (физиологические, биохимические и пр.), которые в значительной степени связаны с клиническими исходами и позволяют косвенно судить о них (т.е. существует как говорят "статистически достоверная связь"). Такие показатели позволяют непрерывно оценивать качество лечения, выявлять проблемы для постоянного совершенствования качества, разрабатывать новые подходы, получать результаты на небольших группах больных и в более короткие сроки.

Косвенные показатели качества лечения нужны всей системе здравоохранения и даже самим больным, у которых на этой основе появится возможность выбирать себе врача. Очень важно, чтобы такие показатели были унифицированы и не зависели от различий в

структуре социальных институтов (больниц, страховых учреждений и т.п.). Но самое важное, чтобы косвенные показатели качества тесно коррелировали с отдаленными результатами лечения.

#### **Техника постоянного совершенствования качества должна опираться на "обратную связь", а не на поиск виновных**

Для руководителей здравоохранения, чья обязанность - следить за качеством медицинской помощи, должна быть разработана федеральная программа обязательной подготовки по системе постоянного совершенствования качества. Она должна включать следующие основополагающие принципы:

- сосредоточенность на совершенствовании процесса, а не наказании "паршивых овец" (при этом меньше вероятность, что какие-то проблемы будут замалчиваться);

- анализ целостного процесса, а не только его "врачебной части";

- объединение всех "поставщиков" товаров и услуг здравоохранения;

- "демократизация научных достижений" (дать всем категориям служащих конкретный инструмент для постоянного совершенствования качества);

- вовлечение в работу всех (например, медсестры должны знать еще больше о том, чем они занимаются на службе и как повысить свою квалификацию и результативность работы);

- тщательность в организации процесса исследования нового метода по схеме "планирование - выполнение плана - изучение результата - действие";

- наличие средств для планирования исследования и его анализа на всех уровнях.

Нужно анализировать случаи, когда больной обращается к врачу чаще обычного. Для этого следует создать систему постоянного наблюдения за больными (по электронной почте, по обычной почте или телефону) и снабжать их пособиями по самопомощи.

#### **Чтобы сократить сроки госпитализации, пользуйтесь протоколами лечения**

Работа с протоколами лечения (клиническими рекомендациями) - один из примеров организации работы по принципу "обратной связи". Их анализ позволяет учесть и не повторять сделанные ошибки, таким образом сокращая сроки пребывания больного в стационаре.

Если подобная работа проводится на федеральном, областном или больничном уровне, то должны быть разработаны единые образцы протоколов и налажен обмен полученными

данными. Такие протоколы, по возможности, должны составляться с учетом основных рекомендаций НОП (за основу могут быть взяты американские протоколы). При этом важно тщательно контролировать результаты лечения, чтобы сокращение сроков госпитализации не сказалось на его качестве.

**Организация управления и финансирования должна способствовать тому, чтобы средства использовались с большей выгодой**

Если заработок врача напрямую зависит от количества назначенных процедур, здравоохранению угрожает разорение. Частнопрактикующие врачи могут убедить себя и своих пациентов, что им необходимы весьма дорогостоящие процедуры, которые врач государственного учреждения никогда не порекомендует.

Кто прав? Что будет оптимальным с точки зрения здоровья больного?

Вот некоторые примеры. Сравнивали отдаленные результаты общего состояния здоровья и частоту удаления небных миндалин в двух районах: там, где тонзиллэктомию проводили в 80% случаев, и там, где ее делали только у 10% больных. Отдаленные результаты оказались одинаковыми в обоих районах.

Как уже говорилось, исследования, проведенные по "золотому стандарту", неоднократно показывали, что "больше" лечения еще не означает "лучше". Например, уровень смертности в течение первого года после инфаркта миокарда у больных страховой компании Kaiser Permanente был очень низок, хотя к операциям на коронарных сосудах и ангиопластике здесь прибегают гораздо реже, чем в платных клиниках.

Здравоохранение с рыночной точки зрения - весьма несовершенная система. Оно локализовано, товар непостоянен, потребители плохо информированы о выборе. В отличие от промышленности здесь не существует четкой взаимосвязи между вложениями, производством и готовой продукцией. Использовать в здравоохранении рыночные механизмы стимулирования следует с большой осторожностью. Для этого еще предстоит изучить, где они могут быть полезными, а где - недопустимы.

#### **Нормирование и чрезмерное нормирование**

В России существует сверхнормирование бактериологических исследований для больниц. Причем преимущественно обследуются не сами больные, а помещения. Между тем, есть международные данные о бесполезности таких исследований для профилактики инфекции, так как обычные способы ничего не показыва-

ют. В качестве курьеза - в 1995 г. в областной больнице Новосибирска было проведено больше бактериологических исследований, чем во всех больницах США. Положительными были только результаты посевов с халатов и водопроводных кранов, то есть с предметов, с которыми соприкасались руки персонала. Персоналу запрещается мыть руки в больничных палатах. В результате, при переходе от одного больного к другому руки вообще не моются.

Традиционно считалось, что все внутрибольничные инфекции вспыхивают из-за небрежности персонала. Современные исследования опровергли эти представления.

#### **Необходимо поднять уровень медицинской профессии и лечебных учреждений**

В 1910 году Абрахам Флекснер проинспектировал 163 медицинских института в 40 американских штатах, сравнив требования, предъявляемые ими при поступлении, количество студентов и факультетов, доступность обучения на клинических базах. В результате он рекомендовал закрыть 124 института из-за низкого качества обучения в них, нерационального территориального расположения и, в большей степени, из-за значительного "перепроизводства" врачей, что препятствовало повышению уровня профессии. А. Флекснер подчеркивал важность научного подхода и приобретения практических навыков работы с больным; главное - активное усвоение знаний, а не "натаскивание" студентов. Рекомендации А. Флекснера легли в основу реформирования системы медицинского образования в США, сделав ее более научной и заложив традиции саморегулирования медицинской профессии, медицинских учебных заведений и возможностей здравоохранения.

Положение российских врачей достойно сожаления. Российское общество недооценивает труд российских врачей. Между тем верно и то, что уровень российских врачей не отвечает высоким стандартам западной медицины. Это не их вина. Они стали жертвой системы, где больше ценилось не качество, а количество.

Современное здравоохранение в России нуждается в меньшем количестве врачей (в хорошо отрегулированных западных системах медицинской помощи один врач приходится на 800 жителей). Ему требуются врачи с высоким уровнем квалификации и самостоятельности. Уровень работы врача должен оцениваться по клиническим знаниям и навыкам, а не по способности проводить научные исследования или умению написать и защитить диссертацию.

Традиционная система медицинского образования в России, как и в большинстве стран

мира, авторитарна. Все преподаватели и студенты прислушиваются к мнению маститых и почитаемых профессоров, преклоняясь перед их клиническим опытом и непререкаемой мудростью. Авторитарность препятствует критическому осмыслению полученных знаний.

К основам современного медицинского образования, на наш взгляд, нужно отнести знание клинической эпидемиологии. Ее принципы позволяют освоить то огромное количество специальной информации, которое обрушивается на студента и врача в процессе учебы и последующей работы.

Лучшие медицинские центры США требуют, чтобы квалификация их врачей как по основной, так и по узкой специальности была подтверждена сертификационным советом. Например, кардиолог должен 4 года посещать университет, затем еще 4 года проучиться в медицинском институте, 3 года - в интернатуре по внутренним болезням и только потом он проходит 3-летнюю стажировку по кардиологии. Всего он должен проучиться 14 лет в учреждениях с высоким уровнем стандартов. После каждого этапа руководитель программы дает оценку его знаниям и практическим навыкам. Экзамены сертификационному совету сдаются дважды: после интернатуры и после специализации. Трудности получения диплома и последующая высокая ответственность объясняют, почему врач в США - очень уважаемая и хорошо оплачиваемая профессия.

В США уровень подготовки медсестер (среди которых есть медсестры с университетским образованием) позволяет использовать их при лечении хронических больных по предписаниям, составленным врачом. Качество этого лечения, как показывают исследования, может быть выше, чем у обычного врача первичной помощи.

Различие между США и Россией в использовании труда медсестер будет существовать до тех пор, пока в нашей стране не поймут, что при выполнении определенного круга обязанностей эффективнее заменять врачей медицинскими сестрами. Следует также повышать их квалификацию и степень ответственности, что в свою очередь требует ужесточить условия приема в медицинские училища, пересмотреть их учебные программы и систему проверки полученных знаний.

#### **Больные должны быть нашими партнерами в совершенствовании здравоохранения**

Государство может гарантировать медицинскую помощь, но не здоровье. Образ жизни и генетические особенности определяют состоя-

ние здоровья в большей степени, чем государство и врачи. Однако врачи часто игнорируют теперь уже несомненный факт, что хорошо осведомленный больной может внести существенный вклад в дело охраны своего здоровья.

Для высококачественной медицинской помощи важны доверие и личностные взаимоотношения. Каждому больному присуще чувство тревоги, это более чем справедливо; россияне боятся, что болезнь может сделать их будущее еще более неясным. В трудные времена любому человеку нужны участие и поддержка. Это не банальность, не менее научное утверждение, чем необходимость назначения антибиотиков при пневмонии. Российским врачам и медицинским сестрам нужно больше знать не только о том, как решать медицинские проблемы своих больных, но и о том, как лучше заботиться об их психологическом и душевном состоянии.

Исследования, проведенные в разных уголках земли, показывают, что больные, имевшие психологическую поддержку (заботу, теплое отношение, любовь), не только лучше чувствовали себя во время болезни, но и потом их жизнь была более здоровой и продолжительной.

Доверие должно быть взаимным. Больные должны видеть, что врач доверяет им, а не относится как к детям. Они будут более здоровыми, поверив, что врач делает для них все от него зависящее.

#### **Забота о себе самом научно обоснована и материально выгодна**

Первый этап - знать, когда нужно обращаться к врачу. Чтобы знать, в каких случаях надо обращаться к врачу, больные должны научиться отличать важные симптомы от незначительных. От 80 до 90% симптомов не требуют немедленного обращения к врачу. Больные вполне в состоянии сами справиться с легкими недомоганиями, такими как вирусные инфекции верхних дыхательных путей, что весьма существенно влияет на уровень нагрузки в медицинских учреждениях. Это было продемонстрировано страховой компанией Kaiser Permanente, которая всем своим клиентам раздавала "Справочник по вопросам здоровья". После этого число обращений к врачу значительно и стойко сократилось по сравнению с учреждениями, где этот справочник еще не распространялся.

Еще более важно научить больных и их семьи вовремя распознавать симптомы серьезных заболеваний, требующих неотложной помощи, например боль в груди. Раннее распознавание и быстрая медицинская помощь больным с сер-

дечными приступами может существенно снизить смертность от инфаркта миокарда и других заболеваний сердца.

Следующий этап - больше узнать о своей болезни, чтобы раньше распознать осложнения, внести коррективы в лечение или предпринять другие самостоятельные действия. Есть убедительные доказательства существенной выгоды самолечения при хронических заболеваниях. Так, обучение болеющих астмой детей и их родителей самостоятельным действиям сократило число вызовов скорой помощи на 79%, а частоту госпитализаций - на 86%. Страховая компания Kaiser Permanente также проводила рандомизированное клиническое исследование эффективности лекций с демонстрацией слайдов о лихорадочных состояниях у детей. Родители, прослушавшие такие лекции, обращались к врачу по поводу повышения температуры у ребенка на 35% реже; на 25% ниже была и общая частота обращений по поводу острых заболеваний.

Е.Е. Bartlett проанализировал исследования, посвященные экономической целесообразности обучения больных и показал, что в среднем на каждый доллар, вложенный в обучение, экономится от трех до четырех долларов в сфере медицинского обслуживания. Наиболее выгодным было обучение при астме, диабете, инфекциях верхних дыхательных путей, остеоартрите, ревматоидном артрите, хронических болях, небольших недомоганиях и во время беременности.

Рандомизированное контролируемое 4-летнее исследование, проведенное в Стэнфордском университете и посвященное оценке эффективности самолечения при артрите, показало, что во многом благоприятный эффект самолечения обусловлен не полученными знаниями, не изменениями в поведении больного, а усиливающимся чувством контроля за болезнью. При этом в группе самолечения жалобы на боль отмечались на 19% реже, а частота обращений к врачу снизилась на 43%. Экономия в затратах в 12 раз превысила стоимость программы лечения ревматоидного артрита и в 3,5 раза - стоимость программы лечения остеоартрита.

Российские больные посещают врача в среднем 9 раз в год, а в США - от 2,3 до 4 раз в год. Возможно, с введением обучения больных посещения поликлиник в России сократятся даже больше, чем в США.

### **Могут ли врачи способствовать здоровому образу жизни?**

Трудно пропагандировать здоровый образ жизни в стране, где употребление алкоголя считается признаком мужественности, а перекинутый через плечо, но не пристегнутый ремень безопасности в автомобиле - невинной хитростью для обмана ГАИ.

Но для мужчин в России также характерна смерть в относительно молодом возрасте, а хитрость с ремнем безопасности не выглядит такой безобидной, когда знакомишься с катастрофически высоким уровнем смертности в дорожно-транспортных происшествиях.

Врачи могут помочь развитию идеи здорового образа жизни, только имея соответствующую подготовку и желание и только тогда, когда все общество будет подходить к этому серьезно.

В США достаточно быстро и поразительно успешно изменилось отношение общества к употреблению спиртного за рулем и курению в общественных местах. Вполне вероятно, что это обусловлено специфическими американскими культурными ценностями и многолетним периодом осознания данных проблем.

В России с ее тяжелой ситуацией в области здравоохранения нужны серьезные попытки проведения общественных кампаний по укреплению здоровья.

Как показал опыт Финляндии и США, отношение общества к образу жизни можно изменить. Конечно, россияне, уставшие от всевозможных наставлений и контроля со стороны государства, могут и не прореагировать на такие кампании, но надо хотя бы попытаться что-нибудь сделать. Для этого нужно на всех уровнях активно вовлекать больных, и как потребителей и как "партнеров", в процесс оказания медицинской помощи.

Чтобы общество оценило важность здорового образа жизни, нужно через средства массовой информации распространять соответствующие материалы, особенно по поводу употребления спиртного, курения и неосторожного вождения автомобиля; запрещать курение на работе и в общественных местах<sup>1</sup>, одновременно предлагая программы прекращения курения; поощрять проведение специальных занятий по здоровому образу жизни в школах; ужесточить законы об обязательном использовании ремней безопасности и ответственности за

<sup>1</sup>Что должно делаться уже сейчас в соответствии с Федеральным законом от 23 февраля 2013 года N 15-ФЗ "Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака". - Прим. ред.

вождение в нетрезвом виде и т.п.; считать незаконной продажу алкоголя и табака несовершеннолетним.

Надо регулировать деятельность рекламных компаний, научно обосновывать вредность рекламирования продукции, неблагоприятно влияющей на здоровье.

Следует перевести, разрабатывать и распространять как на коммерческой основе, так и через лечебные учреждения книги, пособия, аудио- и видеоматериалы о самопомощи при легких недомоганиях и о том, когда надо обращаться к врачу; о самолечении при хронических заболеваниях; о том, как следить за своим состоянием и вносить индивидуальные коррективы в назначаемое врачом лечение.

Больные должны участвовать в принятии решения по поводу предстоящих им жизненно важных вмешательств или процедур, риск которых велик или научные знания о которых противоречивы. В этих случаях важнейшим правом больного должно стать информированное согласие.

Необходимо разъяснять врачам и медицинским сестрам важность индивидуального, участливого подхода к больным. Для успешного лечения любого заболевания надо сначала снять чувство тревоги. Врачи должны знать, насколько больные удовлетворены качеством оказываемой им медицинской помощи. Надо научить персонал работать с хорошо информированными больными, которые обращаются за разъяснениями. Больной вправе знать о своей болезни, ее возможных исходах, и об основах самолечения.

### **Заключение**

Российскому здравоохранению не нужно повторять тернистый путь западной медицины. Мы можем воспользоваться новейшими знаниями о том, как сделать его высококачественным и экономически выгодным.

Вернемся к ранее изложенным семи основным положениям реформы здравоохранения:

1. Клиническая эпидемиология и научно обоснованные практические рекомендации позволят пересмотреть существующее положение дел и освободиться от вредных и неэффективных методов, развивая то, что полезно. Применение объективных показателей качест-

ва лечения и методов его непрерывного повышения, сокращение периода пребывания в больнице - вот некоторые апробированные подходы, повышающие качество и рентабельность медицины.

2. Необходимо устранить чрезмерное регулирование здравоохранения и обеспечить его большую гибкость, чтобы найти более современные, эффективные и экономически целесообразные методы оказания медицинской помощи.

3. С точки зрения прав человека и экономической целесообразности, больные должны иметь реальный и разнообразный выбор тех, у кого лечиться. Это необходимо для поддержания конкуренции между врачами, повышающей качество медицинской помощи и удовлетворенность больных.

4. Новые подходы к получению медицинских профессий сейчас применяются только в единичных учебных заведениях России. Этот опыт нужно сконцентрировать и быстро распространить повсюду. Нужны сильные неправительственные ассоциации, представляющие интересы различных групп врачей и медицинских учреждений. Они должны разрабатывать программы повышения стандартов экспертизы и качества медицинской помощи.

5. Первичная помощь должна занять более важное место в системе здравоохранения, но она должна быть тесно связана с работой специалистов как в поликлиниках, так и в больницах для обеспечения непрерывности лечебного процесса.

6. Нужно, чтобы больные участвовали в процессе лечения и были лучше осведомлены о нем. Врачи должны уметь и хотеть оказывать больным психосоциальную поддержку. Обучение основам самопомощи может повысить качество лечения и снизить частоту обращений к врачу, когда без этого можно обойтись.

7. Быстрое распространение компьютерных сетей, связанных с электронными банками данных, должно разрушить преграды на пути к международным источникам медицинских научных знаний. Надо всячески поддерживать "компьютерное сотрудничество" врачей. Владение английским языком должно стать одной из первостепенных задач медицинского образования.