

УДК 614.2

DOI: 10.25742/NRIPH.2020.03.008

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Линденбратен А.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

### Ключевые слова:

управление здравоохранением, качество медицинской деятельности.

### Аннотация

Лекция посвящена актуальным проблемам российского здравоохранения. Рассматриваются вопросы состояния здоровья населения Российской Федерации, ресурсного обеспечения здравоохранения, качества медицинской помощи и управления здравоохранением.

## TOPICAL PROBLEMS OF RUSSIAN HEALTHCARE

Lindenbrathen A.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Moscow, Russian Federation*

### Keywords:

healthcare management, quality of medical activity

### Abstract

The article is devoted to topical problems of Russian health care. The questions of the state of health of the population of the Russian Federation, resource support of health care, the quality of medical care and healthcare management are considered.

1. Состояние здоровья населения Российской Федерации.

Когда мы говорим о здоровье, то надо определиться, идет речь о здоровье конкретного человека или о здоровье населения вообще, то есть о том, что называют «общественным здоровьем». Если исходить из известного определения здоровья, принятого Всемирной организацией здравоохранения (а там не уточняется, о здоровье индивидуума или общества идет речь): «Состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений» или близкого к нему, содержащегося в Федеральном законе № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма», – то можно сделать вывод, что здорового общества вообще не существует. И болезней всегда достаточно. Я уж не говорю про те или иные функциональные нарушения, когда до полного благополучия далеко.

И вот ведь какой парадокс: чем дальше развивается медицина, тем больше становятся наши диагностические возможности, доходя уже до генного уровня и позволяя выявлять все новые и новые отклонения от нормы (хотя кто знает, где она, эта норма?). Далек не всегда мы при этом успеваем вовремя находить панацею и поддерживать то самое пресловутое здоровье. А если даже мы и начинаем справляться с самыми серьезными и тяжелыми заболеваниями, природа подбрасывает нам все новые и новые проблемы, и на смену, допустим, чуме приходит синдром приобретенного иммунодефицита. Выясняется, что «хрен редьки не слаще». А уж про коронавирус говорят теперь все, даже ленивые. Так не является ли болезнь проверенным инструментом природы в деле естественного отбора, регулирования численности населения и, в конечном итоге, сохранения рода человеческого?

Кстати, не случайно, пытаясь охарактеризовать состояние здоровья населения, мы пользуемся привычным набором показателей, отражающих рождаемость, смертность, младенческую смертность, продолжительность жизни, заболе-

ваемость, инвалидность и т.д., то есть свидетельствующих скорее о нездоровье, чем наоборот.

Тут есть и еще проблемы, связанные с достоверностью имеющейся статистики.

Первое. Несовершенна сама технология сбора информации. Так, данные заболеваемости рассчитываются на основе регистрации обращений. Есть обращения – есть заболевания. То, что мы называем заболеваемостью, это на самом деле обращаемость. Естественно, цифры не отражают истинной картины. Ведь сегодня большой процент населения не обращается за медицинской помощью. Но это не значит, что люди здоровы.

Второе. Неточность кодировки заболеваний. Человек во время эпидемии гриппа обратился к врачу. Ему ставят грипп, хотя у него, возможно, что-то другое. К тому же кодировкой занимается не врач, а медицинский статистик. Один не совсем правильно записал, другой не совсем правильно закодировал. Так возникают ошибки во время обработки информации.

Третье. Умышленное искажение статистики в силу каких-либо соображений. Вступил в силу, например, Указ Президента России о снижении смертности от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Если есть возможность вписать в свидетельство о смерти другой диагноз, то почему бы это не сделать? Нашелся замечательный вариант — безобидный, ничего про него Президент не сказал. Это смерть от старости. Конечно, человек может умереть от старости. В официальной международной классификации это предусмотрено. Но парадокс заключается в том, что при средней продолжительности жизни в России чуть за 70 лет умирать от старости у нас стали, не дожив до нее. Все в порядке, можно отчитаться о выполнении поставленных задач. Еще одна важная причина искажений статистики: раньше в случае летального исхода дело обязательно заканчивалось патологоанатомическим вскрытием. Во-первых, тогда выяснялся точный диагноз как причина смерти – отсюда статистика смертности. Во-вторых, если выявлялось расхождение с прижизненно установленным клиническим диагнозом, фиксировалась врачебная ошибка. Это должно было повлиять на статистику заболеваемости. Сейчас процент патологоанатомических вскрытий стремительно сокращается.

Хотелось бы обратить внимание и на то, что рассчитываются эти показатели, как правило, на

1000 населения и представляют, таким образом, некоторые усредненные цифры, которые могут быть сродни пресловутой «средней температуре по больнице», отражая условное достаточно однородное общество. Население можно разделить как минимум на две совокупности. Одна, которая является практически здоровой и в медицинской помощи по существу не нуждается или пользуется ею в основном по принципу само- и взаимопомощи. Другая же группа населения обременена в основном хроническими заболеваниями, которые достаточно регулярно доставляют беспокойство и требуют внимания. При этом с обострениями, даже зная свой диагноз, самим справиться удается не всегда и приходится обращаться к врачам.

К этому разделению, существовавшему всегда и обусловленному, прежде всего, биологическими или генетическими факторами, скорректированным образом жизни, можно добавить и дифференциацию, связанную с расслоением общества, основанном на принадлежности к различным социально-экономическим группам.

Имеющиеся публикации свидетельствуют о существующих различиях в структуре и распространенности заболеваний в тех или иных группах населения в зависимости от характера их занятости.

От социально-экономического положения зависит здоровье не только взрослых, но и их детей. В семьях с низким уровнем жизни число хронически больных детей в несколько раз выше, чем в благополучных семьях.

Таким образом, более правильным было бы говорить не столько о здоровье общества как такового, сколько о здоровье отдельных сообществ: здоровых и больных, богатых и бедных, предпринимателей и служащих. Но если изучение общественного здоровья населения лежит в основе разработки мер по его сохранению и укреплению, в том числе и системы здравоохранения, то наличие различных сообществ со своим состоянием здоровья могут требовать дифференциации этих мер. И если система здравоохранения в государстве должна быть, наверное, все-таки одна, то подсистемы или системы оказания медицинской помощи могут и должны на данном этапе развития общества быть разными. Эти различия лежат в основе того, что называется сегментированным рынком медицинских услуг, который, хотим мы того или нет, де-факто уже существует.

Если говорить о конкретных показателях состояния здоровья в стране, то ожидаемая продолжительность жизни граждан России (оба пола) значительно меньше, чем в странах Евросоюза. В ближайшие годы может произойти сокращение числа рождений из-за резкого снижения, начиная с 2017 года, числа лиц детородного возраста (малочисленное поколение родившихся в 1990-е годы). А наблюдавшийся еще недавно рост рождаемости был обусловлен, прежде всего, значительно большим числом женщин, чем в предыдущие годы, находившихся в детородном возрасте.

Отчетливо выражен процесс демографического старения населения, причем вследствие высокого уровня смертности мужчин в трудоспособном возрасте, в гораздо большей степени он характерен для женщин. В свою очередь старение населения может привести к росту смертности. Следует особо отметить смертность населения от предотвратимых причин, которая в России почти в два раза выше, чем в странах Евросоюза, и которая зависит как от социальных факторов (условия жизни людей, их благосостояние и др.), так и от эффективности деятельности системы здравоохранения. Поэтому продвинуться в снижении преждевременной смертности (хотя кто скажет, что такое своевременная смертность) быстрее и реальнее, чем в увеличении рождаемости.

Да и хорошо известные факторы риска связаны далеко не только с деятельностью системы здравоохранения.

Распространенность табакокурения среди населения России гораздо выше, чем во многих странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Примерно та же ситуация и с потреблением алкоголя. Ежегодно в стране происходит значительное количество убийств и самоубийств, в том числе среди детей и подростков, что говорит об имеющихся серьезных социальных проблемах. В Российской Федерации по-прежнему высокий уровень аварийности на дорогах, причиной которой зачастую становятся нетрезвые водители. Все это проблемы, не связанные напрямую с деятельностью системы здравоохранения и требующие разработки стратегии охраны здоровья населения как одного из важнейших направлений государственной политики, основанного на межведомственном подходе к его реализации.

Справедливости ради надо сказать, что за

последние годы в стране принимаются самые серьезные меры для исправления сложившейся ситуации.

В течение нескольких лет осуществлялся приоритетный национальный проект «Здоровье», в рамках которого были начаты целевые программы, направленные на снижение смертности от болезней системы кровообращения, новообразований и внешних причин.

На программу модернизации здравоохранения было выделено 629 млрд. руб., в том числе 460 млрд. – на два года (2011-2012).

Приняты федеральные законы «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Разработана и утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.

Утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», цель которой – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям науки.

Нетрудно заметить, что подавляющее большинство этих документов относится, прежде всего, к развитию системы здравоохранения, то есть той важнейшей отрасли, основным предметом деятельности которой является оказание медицинской помощи, направленной на восстановление утраченного здоровья, и которая практически в одиночестве противостоит множеству негативных факторов, отрицательно влияющих на состояние здоровья населения.

Как уже говорилось выше, деятельность системы здравоохранения – лишь один из факторов, определяющих уровень состояния здоровья населения.

И хотя справедливости ради надо отметить, что в государственной программе «Развитие здравоохранения» и ряде Указов Президента содержится большой раздел, посвященный профилактике и формированию здорового образа жизни, представляется все-таки необходимым уделить первостепенное внимание вопросам охраны здоровья населения в целом с разработкой соответствующей стратегии и программы ее реализации.

Основными принципами такой стратегии должны быть векторы движения от оказания медицинской помощи к системе охраны здоровья; от отраслевой ответственности за охрану здоровья – к государственной и от акцента на лечение болезней – к профилактике, причем не только медицинской, но и, в первую очередь, социальной.

При этом надо помнить, что практически каждый фактор, за исключением разве что вредных привычек, может оказывать на здоровье как позитивное, так и негативное влияние.

Важнейшая роль в охране здоровья принадлежит самому населению, его ответственному отношению к своему здоровью. Поэтому нельзя не согласиться с приоритетностью создания условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни. И тут очень многое зависит от самого человека, от его внутренних установок, от сложившегося менталитета. Поэтому, на мой взгляд, важнейшая часть профилактики – социальная профилактика, а ее важнейшая часть, в свою очередь, – ментальная профилактика, представляющая собой комплекс мероприятий, направленных на мотивацию поведенческих установок, связанных с сохранением здоровья

Важная роль в этом может принадлежать и экономическим механизмам стимулирования населения, таким, например, как частичная возвратность средств, не израсходованных на восстановление здоровья, увеличение доли средств, расходуемых пациентом на лечение, при несоблюдении требований к образу жизни и мерам профилактики и др.

Трудно переоценить в этом плане и роль семьи, где закладываются первые навыки самосохранительного поведения. Усвоенные в ней традиции, образ жизни, отношение к своему здоровью и здоровью окружающих переносятся затем во взрослую жизнь, а по достижении детородного возраста – во вновь создаваемые семьи.

Есть и еще один аспект, связанный со стимулированием охраны здоровья, – правовой.

В Федеральном законе № 323-ФЗ есть статья «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья», где говорится об обязанности граждан заботиться о своем здоровье, проходить медицинские осмотры, выполнять врачебные назначения и т.д.

Кстати, и в Федеральном законе № 326-ФЗ тоже говорится об обязанностях застрахованных.

Но, и в том, и в другом законе обязанности есть у всех субъектов, соответственно, системы здравоохранения и ОМС, а ответственность – у всех, кроме граждан, или застрахованных. Но ведь без ответственности любая обязанность становится пустой декларацией. Если нет ответственности, то нет и никаких обязанностей.

Подводя итоги размышлениям о проблеме охраны здоровья населения, являющегося одной из ключевых составляющих качества жизни, мне кажется, что, с одной стороны, это задача государственная, но, с другой стороны, государство, по известной формулировке, это мы: и врачи, и пациенты, и чиновники, и ученые, и журналисты, и политики. Поэтому нам необходимо создать такую систему, когда всем будет выгодно заботиться о здоровье человека, а само здоровье станет категорией не только медицинской, социальной или экономической, но и нравственной, когда человек по собственной инициативе будет следить за собственным здоровьем и чувствовать моральную ответственность за его состояние. А о связи духовного и физического говорили еще древние: «Mens sana in corpore sano» – «В здоровом теле – здоровый дух».

## 2. Ресурсное обеспечение здравоохранения.

Конечно, и совершенствование охраны здоровья, и развитие системы здравоохранения требуют соответствующего ресурсного обеспечения. Мы же уже в течение многих лет говорим о недофинансировании российского здравоохранения. Отмечается, что доля ВВП, расходуемая на здравоохранение у нас, значительно ниже, чем в развитых странах. Кстати, этот показатель – «доля внутреннего валового продукта», являясь показателем относительным, больше говорит не о достаточности финансирования, а о месте здравоохранения в структуре расходов любого государства, да к тому же существенно зависит и от самого размера внутреннего валового продукта в данной стране. Учитывая это, более предпочтительно использование показателя «общие расходы на здравоохранение в расчете на душу населения», что позволяет увидеть эти расходы в значительно более дифференцированном виде.

В частности, если по доле внутреннего валового продукта, расходуемой на здравоохранение, максимальная разница между странами составляет примерно пять раз, то по расходам на душу населения только в Европе она достигает 100-крат-



ного размера.

А есть ли связь между показателями ресурсного обеспечения здравоохранения и состояния общественного здоровья?

Анализ показывает, что на определенном уровне эта взаимосвязь проявляется достаточно четко.

Так, в странах, где на душу населения расходуется примерно 1 тыс. долларов и выше в течение года, основные медико-демографические показатели достаточно устойчивые и высокие. Ниже данного порога эти показатели начинают резко ухудшаться. Снижается ожидаемая продолжительность жизни, показатели смертности и у женщин, и у мужчин возрастают в среднем в 2–3 раза, еще более чувствительный скачок (в 3–4 раза и более) на этом уровне происходит с младенческой смертностью, что и понятно, так как здесь отсутствуют некоторые объективные причины смерти, в том числе и старость. Надо отметить, что дело не только в расходах на здравоохранение, но и в более высоком уровне благосостояния в экономически развитых странах, что также влияет на состояние здоровья населения.

К сожалению, следует констатировать, что Россия находится за пределами этого своеобразного «прожиточного минимума». Те средства, которые государство выделяет с 1998 года в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи, никак не достигнут требуемой величины, а имеющийся, казалось бы, рост выделяемых средств в абсолютных цифрах с учетом инфляционных процессов таковым на самом деле не является.

Уже сегодня, на основании изучения мирового опыта и проведенных исследований, можно говорить, что необходимость решения сложных задач, стоящих перед здравоохранением по снижению уровня инвалидизации и смертности населения, увеличение объемов медицинской помощи, дальнейшее развитие высокотехнологичных видов медицинской помощи требуют увеличения объемов финансирования как минимум в полтора-два раза и более, рационального использования выделяемых средств.

Следует обязательно учитывать при этом и прогноз развития демографической ситуации. Так, отмечающийся в ближайшие годы рост числа детей и подростков и особенно пожилых людей, с

одной стороны, может потребовать дополнительных вложений в развитие педиатрии, геронтологии, кардиологии, онкологии, медико-социальной помощи, а с другой – будет сопровождаться снижением платежеспособности населения, в том числе за счет выбытия с рынка труда пенсионеров из-за низкого уровня их здоровья.

Поиск необходимого объема средств для здравоохранения начался у нас в стране еще в 70–80-е годы прошлого столетия, когда проводились крупномасштабные эксперименты по расширению прав главного врача, более интенсивному использованию коечного фонда, новому хозяйственному механизму.

Наконец, сутью проведенного в 1990-е годы реформирования экономической модели отечественного здравоохранения был переход от преимущественно централизованной одноканальной системы финансирования к децентрализованной многоканальной. В основе этого лежало вполне естественное и, казалось бы, логичное предположение, что чем больше источников финансовых средств будет использовано, тем больше будет самих средств. Вот тут-то, очевидно, и «оказалась зарыта собака»!

Дело в том, что при любой модели источник финансирования на самом деле всегда один: тот, кто создает эти средства своим трудом – население (причем не все, а лишь работающее). А то, что мы стали называть источниками (бюджет, обязательное или добровольное медицинское страхование, договоры и т.д.), на самом деле не источники, а каналы, по которым средства передаются от потребителей медицинских услуг (населения) к их поставщикам (медицинские организации).

Следовательно, увеличилось количество не источников и финансовых средств, а каналов, по которым эти средства передаются.

При этом декларировалась задача сохранения бесплатной медицинской помощи для населения, хотя, сама постановка вопроса не совсем корректна.

Действительно, может ли медицинская помощь вообще быть бесплатной? Естественно, нет. Платить надо за все. Осуществление медицинской помощи обязательно связано с затратами или расходами. Следовательно, все эти затраты должны быть возмещены или, иначе говоря, кем-нибудь оплачены.

Таким образом, речь идет уже не о бесплат-

ной медицинской помощи, а о том, кто выполняет функции плательщика. Но и этот вопрос, несмотря на кажущееся многообразие моделей финансирования здравоохранения, во многом риторичен, поскольку на самом деле платит за медицинскую помощь, как и за все остальное, трудоспособное, работающее население.

Администрации же различного уровня, выделяющие средства из бюджета, и страховщики, оплачивающие счета медицинских организаций, выполняют функции покупателей медицинских услуг или, по существу, посредников, которым население поручило распорядиться переданными средствами, для того чтобы обеспечить ему возможность удовлетворить свои потребности в медицинской помощи.

Помимо потребности в росте ассигнований, выделяемых на здравоохранение, приоритетными на данном этапе становятся задачи упрощения механизмов финансирования с сокращением количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы.

В этом плане не утихают дебаты по поводу оптимальной модели финансирования системы здравоохранения: то ли вернуться к менее затратной государственно-бюджетной модели, то ли совершенствовать страховую модель (которая таковой у нас, правда, не является), где предложения в основном сводятся к переходу на одноканальную страховую модель и к отказу от страховых медицинских организаций.

В принципе переход на одноканальную систему финансирования верен. Любая одноканальная система более защищена и контролируема в правовом плане и более эффективна в экономическом плане, чем многоканальная. При этом не важно, по какому каналу будут поступать средства – через систему ОМС или другим путем. Главное, чтобы она обеспечивала, во-первых, соответствие объема выплачиваемых финансовых средств объему работ по оказанию медицинской помощи; во-вторых, мотивацию повышения эффективности деятельности всех субъектов системы здравоохранения; в-третьих, – ответственность за нарушения.

К сожалению, система ОМС, на которую мы возлагали определенные надежды, страховой в чистом виде не стала. Скорее, она похожа на си-

стему бюджетного финансирования. В основе системы страхования должны лежать страховой риск и актуарные расчеты, показывающие, сколько нужно собрать денег, чтобы в итоге не прогадать. У нас все иначе: мы устанавливаем размер взноса, собираем определенную сумму денег, и затем передаем ее через фонды и страховые организации в медицинские. Заметьте, передаем не столько, сколько надо, а сколько есть. И еще один момент: в любой другой системе страхования, когда возникает страховой случай, выплату получает застрахованный. Здесь же ее получает медицинская организация. Выходит, что мы страхуем не население, а медицинские организации: если они будут оказывать помощь и тратить средства, страховщик будет возмещать им расходы.

Это и приводит к тому, что возникший дефицит приходится покрывать за счет все того же единственного истинного плательщика – населения, точнее, той его части, которая в виде пациентов обращается за медицинской помощью. Покрывать как легально, так и нелегально. Кстати, не объясняется ли развитие теневой экономики вольным или невольным желанием медиков обеспечить все-таки соблюдение закона воспроизводства (не только в отношении себя) и тем самым сохранить здравоохранение, по существу, как саморегулирующуюся систему?

Проводимые периодически социологические опросы свидетельствуют, что население все более лояльно относится к развитию платных медицинских услуг, справедливо отмечая, что если плата будет гарантией медицинской помощи высокого качества, то почему бы и не заплатить.

Таким образом, можно говорить о том, что в стране сложилась многоканальная система финансирования здравоохранения, основанная на сочетании принципов общественной солидарности, реализующейся через бюджетные ассигнования и механизмы медицинского страхования, и личной ответственности за состояние собственного здоровья, проявляющейся в необходимости дополнительных затрат при обращении за медицинской помощью.

Помимо потребности в росте ассигнований, выделяемых на здравоохранение, приоритетными на данном этапе становятся задачи сокращения количества финансовых потоков в отрасли и максимального использования экономических методов управления, направленных на мотивацию

повышения эффективности деятельности всех субъектов системы.

В основу системы ОМС положен вроде бы гонорарный способ оплаты, то есть провозглашен переход от получения денег медицинскими организациями к их зарабатыванию в зависимости от объема и качества оказываемых медицинских услуг.

Каждый из применяемых в нашей стране способов оплаты имеет свои положительные и отрицательные стороны. При этом большинству из них присущ один общий недостаток – валовый характер и практически полное отсутствие взаимосвязи с качеством и эффективностью оказываемой медицинской помощи, что приводит нередко к простому способу повышения доходов (увеличивать количество услуг, в том числе и по принципу «назначим, а не назначим, так припишем»), то есть, по существу, стимулируется не ресурсосберегающий, а затратный тип функционирования системы здравоохранения). Оплата медицинских услуг производится не за достижение медицинского результата в форме восстановления утраченного здоровья, а за их количество в соответствии с нормативной технологией.

При этом могут крайне нерационально использоваться имеющиеся ресурсы, страдать материально-техническая база, а органы управления здравоохранением и страховые структуры вынуждены создавать защитные механизмы в виде государственного заказа, систем контроля и др.

Не случайно все большее внимание уделяется переходу на подушевое финансирование, которое по идее должно способствовать более рациональному использованию выделяемых средств. Для этого очень важно корректное определение подушевого норматива, который должен рассчитываться не по принципу деления имеющихся средств на численность населения, а как расчет для оказания необходимого объема медицинской помощи соответствующего уровня, обусловленного состоянием здоровья населения и его потребностью в медицинской помощи.

Несомненно, важна также не только система финансирования, но и способ оплаты труда медицинских работников, который может основываться как на традиционном подходе, при котором оплата производится за выполненную работу или отработанное время, так и на принципе, в соответствии с которым вознаграждение врача зависит от

состояния здоровья его пациентов. Последнее же, с одной стороны, связано с качеством медицинской помощи, ибо, чем лучше будет оказана пациенту медицинская помощь, тем дольше у него будет ремиссия, восстановление нарушенных функций и т.д. А с другой стороны – соответствующими экономическими стимулами подкрепляются идеи профилактической работы, диспансеризации и др. При этом не следует забывать и про соответствующую мотивацию населения, о чем уже говорилось выше.

Лишь проведение соответствующей реформы системы финансирования здравоохранения, внедрение наиболее прогрессивных способов оплаты медицинских услуг может создать условия для развития приемлемого в социальном плане и отвечающего задачам государства сектора платной медицинской помощи, ориентированного на сегментированный рынок потребителей и не снижающего степень доступности и качество медицинской помощи населению.

### 3. Качество медицинской деятельности.

В государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294, говорится о необходимости создания системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также эффективной системы управления качеством в здравоохранении.

Как показывает анализ отечественного и зарубежного опыта, существует множество дефиниций «качества медицинской помощи» (КМП), а отсюда и большое количество подходов к его оценке.

Определенную роль в этом сыграли работы известного американского специалиста А. Донабедиана (А. Donabedian), который отмечал разное понимание КМП различными субъектами ее оказания (пациенты, врачи, администраторы) и предлагал три подхода к его оценке (структурный, процессный и результативный), считая, что:

- качество структуры отражает организационно-техническое качество применяющихся ресурсов: материально-технической базы, оснащения, обеспеченность кадрами и т.д.;
- качество процесса свидетельствует о правильности диагностики, выборе адекватной технологии лечения, соблюдении норм и стандартов, верной принятой тактике лечения;

- качество результата говорит о степени приближения к максимально возможному результату лечения.

Однако, если внимательно посмотреть на эти составляющие, то нетрудно заметить, что объект оценки и, соответственно, управления следует рассматривать несколько шире и говорить о качестве не только медицинской помощи, но и о медицинской деятельности в целом, включающей как сам процесс оказания медицинской помощи, представляющий собой комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов, так и ее организацию, обеспечивающую соответствующие условия.

В какой-то мере это нашло свое отражение в законе № 323-ФЗ, где уже в самом начале (статья 2) даются определения понятий «медицинская деятельность», которая включает оказание медицинской помощи, и «качество медицинской помощи», которое звучит как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

На мой взгляд, можно полностью согласиться с такой характеристикой, как правильность выбора соответствующих методов. Что касается своевременности оказания медицинской помощи, то это относится к вопросам ее организации и медицинской активности населения, так как несвоевременное оказание помощи может быть связано, например, с поздним обращением больного, хотя при этом претензии к медицинским работникам, оказывающим помощь, могут отсутствовать, как и дефекты в их работе, нарушения каких-либо стандартов и т.д.

Не совсем однозначна и такая характеристика, как степень достижения запланированного результата. Во-первых, этот критерий относится прежде всего к эффективности медицинской помощи, то есть к характеристике, отражающей обычно соотношение достигнутых результатов и произведенных затрат, и считается лишь опосредованной оценкой ее качества, поскольку результат может быть достигнут, несмотря на наличие дефектов оказания медицинской помощи, а во-вторых, он может быть и неправильно запланирован. К этому

можно добавить и тот факт, что пока в существующей медицинской документации планируемый результат не фиксируется.

Таким образом, можно выделить несколько внешне схожих, но, тем не менее, отличающихся понятий, таких как «качество медицинской помощи» и «качество организации медицинской помощи», которые можно объединить в понятие «качество медицинской деятельности». При этом КМП основывается на двух главных критериях: адекватности и максимальном выполнении всех требований технологии медицинского процесса, его соответствии определенным технологическим стандартам.

Все другие характеристики КМП, предлагаемые различными авторами, такие как доступность, экономичность, преемственность, своевременность, научно-технический уровень и т.д., говорят о качестве организации медицинской помощи. В то же время именно эти критерии отражаются на субъективной оценке пациентом качества оказанной медицинской помощи, его удовлетворенности или неудовлетворенности.

Впрочем, некоторые критерии могут отражать как качество организации медицинской помощи, так и непосредственно ее оказания. К ним можно отнести такой критерий, как безопасность, привлекающий в последнее время все большее внимание, обусловленное внедрением в практику здравоохранения новых, все более сложных медицинских технологий, ростом ятрогенных болезней, высоким уровнем больничных инфекций, приводящих к осложнению заболеваний и наносящих большой как социальный, так и экономический ущерб.

При создании системы оценки качества медицинской деятельности, задачей которой является обеспечение необходимой информацией процесса управления в организации, нужен выбор соответствующих критериев и показателей. Об этом говорится в статье 87 закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где указано, что «контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем <...> определения показателей качества деятельности медицинских организаций».

Необходимо подчеркнуть, что как бы ни совершенствовались контрольные функции, они сами по себе не могут принципиально повлиять



на повышение КМП.

Задача обеспечения надлежащего качества медицинской деятельности требует не только реализации целого комплекса мероприятий, направленных на улучшение материально-технической базы медицинских организаций, повышение квалификации медицинского персонала, внедрение новых методов диагностики и лечения, но и создания соответствующей нормативно-правовой базы – системы взаимоувязанных нормативно-правовых актов от закона до нормативно-технических документов, обязательных к исполнению всеми медицинскими организациями независимо от формы собственности и регламентирующих правовые основы оказания медицинской помощи и управления ее качеством.

Имеющийся опыт создания систем управления качеством медицинской деятельности включает следующие основные организационные задачи:

- межведомственное взаимодействие структур управления, медицинских организаций и субъектов системы медицинского страхования, медицинских ассоциаций, общественных организаций и пациентов;
- разработка системы критериев и показателей (индикаторов) качества медицинской деятельности и методов оценки этих показателей;
- разработка и внедрение систем мониторинга в здравоохранении, направленных на сбор информации с последующим анализом и принятием управленческих решений по совершенствованию долгосрочного планирования;
- развитие системы стандартизации, лицензирования, сертификации, аккредитации в здравоохранении;
- обучение персонала по вопросам повышения качества и обеспечение вовлеченности их в работу организации;
- реализация мер по повышению качества путем изменения существующих и внедрения новых технологий и процессов;
- разработка и внедрение системы мотивации и экономических механизмов стимулирования медицинских работников в зависимости от объема проделанной работы, качества и результатов оказанной медицинской помощи.

Отдельно следует сказать о роли стандартизации в обеспечении качества медицинской деятельности. После стремления, в соответствии с

законом № ФЗ-323, разработать и утвердить стандарты медицинской помощи, пришло определенное разочарование в этом направлении, поскольку идея оказывать помощь всем больным с конкретной патологией по единому алгоритму явно противоречила принципу персонификации и индивидуальному подходу к каждому пациенту. Хотя на самом деле проблема заключалась, на мой взгляд, в порочности не предлагаемого инструмента, а в цели его использования. Разработка таких стандартов может оказать неоценимую помощь в определении усредненных объемов медицинской помощи, а соответственно и планировании необходимого объема ресурсов. Сегодня же привлекает внимание другой подход к стандартизации – разработка стандартов операционных процедур, то есть единых правил выполнения тех или иных мероприятий, процедур. В общем, для обеспечения качества надо, прежде всего, делать правильные вещи правильными способами.

Следует помнить и о том, что оказание медицинской помощи осуществляется только во взаимодействии медицинского работника и пациента, причем роль пациента нередко не менее важна, чем врача. Средневековый врач и поэт Абу-ль-Фарадж аль-Исфахани обращался к своим пациентам со словами: «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Поэтому, если ты будешь на моей стороне, нам будет легче одолеть ее одну. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один не в состоянии буду одолеть вас обоих».

Замечательно, на мой взгляд, обращая внимание еще на один аспект взаимодействия, говорил о нем и известный русский инфекционист А.Ф. Билибин: «Процесс врачевания... требует взаимодействия врача и пациента... Лечение – процесс двусторонний. Надо уметь лечить и надо уметь лечиться».

А ведь умение лечиться – это не просто выполнение врачебных назначений. Это еще и понимание ответственности за свое здоровье хотя бы перед родными и близкими, ведь «мы в ответе за тех, кого приручили». А с экономических позиций и перед другими людьми.

В общем, надо взаимодействовать. Есть даже инструмент такого взаимодействия – протокол информированного согласия пациента. К сожалению, зачастую он рассматривается, как документ, который надо без особых комментариев дать на всякий случай подписать больному. Мало ли что

случится, глядишь, и пригодится.

Важнейшее значение для повышения качества и эффективности медицинской деятельности имеет квалификация медицинских работников, что должно обеспечиваться как их первичным образованием, а может быть, и профотбором, так и последипломным усовершенствованием. Это же в полной мере относится и к руководящим кадрам, о чем речь пойдет ниже.

#### 4. Управление здравоохранением.

В решении проблем управления любой отраслью трудно переоценить роль субъекта управления. Не случайно многие крупнейшие специалисты в области управления, например Э. Деминг, считали, что эффективность деятельности организации минимум на 90% зависит от руководителя и лишь на 10% от работников.

И если мы говорим о низкой эффективности отечественного здравоохранения, то это вопрос к органам управления. По моему мнению, тут есть несколько проблем. Прежде всего, недостаточный уровень компетентности тех или иных руководителей именно в управленческом аспекте. Во многом это может объясняться тем фактом, что как бывшие, так и вновь назначаемые руководители далеко не всегда являются профессионально подготовленными специалистами в области управления. Большинство из них вынуждено опираться или на свой собственный, иногда весьма незначительный опыт, или на знания, приобретенные как из специальной литературы, так и на различных курсах и циклах усовершенствования и повышения квалификации.

Если говорить о циклах по повышению квалификации, то следует учесть, что, хотя недостатка в различных структурах, проводящих их, сегодня не испытывается, уровень преподавания зачастую оставляет желать лучшего. Ибо не секрет, что далеко не всегда преподавание ведут настоящие специалисты в области управления, разработчики тех или иных его методов и механизмов, а сплошь и рядом люди, лишь изучившие и пересказывающие опыт других.

Есть и еще одна проблема. Это текучесть кадров. Не успевает вновь назначенный руководитель осмотреться, приобрести какой-то опыт, пройти соответствующее обучение, не говоря уже о возможности внедрения каких-то новых организационных и управленческих технологий и оценки их эффективности, как его уже освобождают

от должности в связи с очередной выборной кампанией, сменой главы местной администрации и его команды.

Можно использовать и экспертное сообщество, но его мнение у нас, как правило, не очень учитывается. А ведь есть международный опыт, когда без визы соответствующего общественного органа не принимается ни один правительственный документ или существует развитая система аудита, фактически общественного надзора, которая, используя лучших специалистов для анализа ситуации, выдает рекомендации своему правительству, а правительство их обязано исполнять.

Большое значение для нашей страны, учитывая многообразие территорий, особенности расселения населения, различное социально-экономическое положение и другие факторы, имела бы определенная децентрализация управления, когда на федеральном уровне определяются, прежде всего, цели и задачи, а способы их решения являются прерогативой местных органов управления.

Особое место в управлении занимает управление инновационной деятельностью. Перспективы развития отечественного здравоохранения неразрывно связаны с инновационными процессами, направленными на осуществление необходимых реформ, внедрение новых организационных форм, современных методов диагностики и лечения, эффективных лекарственных препаратов, способствующих повышению доступности и качества медицинской помощи населению и более рациональному использованию имеющихся ресурсов.

С учетом сложившейся ситуации, при внедрении новшеств в сфере здравоохранения, должно быть предусмотрено использование системы управления инновационной деятельностью, включающей следующие основные этапы:

- отбор новаций (оценка их значимости и приоритетности, прогноз эффективности внедрения);
- обеспечение внедрения (планирование необходимого ресурсного и правового обеспечения, определение инвестиционных источников, обучение, информированность);
- оценка эффективности (информационное обеспечение, разработка индикаторов).

Совершенствование управления здравоохранением в современных условиях невозможно без надлежащего информационного обеспечения, позволяющего органам управления здравоохра-

нением оперативно получать и целенаправленно использовать научно обоснованную информацию по различным вопросам организации оказания медицинской помощи населению.

Все бы ничего, если бы на основании заведомо ложных данных мы не планировали работу системы здравоохранения. Как строятся планы? Люди болеют вот чем, умирают вот от чего, значит, надо иметь соответствующие службы, специалистов, ресурсы... А если в реальности умирают совсем от другого? Появляются ошибки в планировании медицинской помощи, проводится сравнение с другими странами на основании недостоверных данных, делаются ложные выводы.

При перспективном планировании необходимо учитывать имеющиеся прогнозы изменения возрастно-половой структуры населения страны с учетом его расселения, а также коэффициенты потребления медицинской помощи в различных группах населения, которые заставляют предполагать определенные изменения объемов основных видов медицинской помощи, предусмотренных Программой государственных гарантий.

Так, расчеты показывают, что к 2025 г. объемы амбулаторно-поликлинической помощи могут возрасти у мужчин примерно на 9%, у женщин – на 11%, стационарной помощи соответственно на 11% и 14%, стационарозамещающих видов помощи – на 21% и 20%, скорой медицинской помощи – на 16% и 33%. Это увеличение примерно в равной степени коснется как городского, так и сельского населения.

Определенные особенности могут иметь и изменения объемов отдельных специализированных видов помощи. Так, возможные изменения возрастной структуры женского населения к этому же периоду позволяют прогнозировать снижение объемов медицинской помощи в отделениях для беременных и рожениц и патологии беременности примерно на 30%.

И еще один аспект, связанный с управлением. Мне представляется, что хорошим инструментом для оптимизации управленческой модели в здравоохранении могут быть договорные отношения, которые, в частности, получили развитие в системе ОМС, хотя не могу обойтись без ложки дегтя и тут. Если проанализировать систему договорных отношений, регламентированных законом № ФЗ-326, то выясняется, что главный субъект системы ОМС — страховая медицинская организация, свя-

занная этими отношениями со страхователями, фондами ОМС и медицинскими организациями. А что застрахованный, тот самый системообразующий элемент и основной источник финансирования? И на память приходит финал «Вишневого сада» А.П. Чехова: «Человека забыли».

Наверное, хорошо бы подумать юристам о заключении договора между пациентом (лицом, представляющим его интересы) и медицинской организацией (врачом) с правами и обязанностями обеих сторон и ответственностью за нарушение договорных обязательств.

Свои особенности есть и в сельской местности, где демографическая ситуация в отсутствии серьезных надежд на ее положительную динамику, постоянное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста, недостаточный объем медицинской помощи, прежде всего первичной медико-санитарной, – все это ставит вопросы необходимости коренных изменений в организации медицинской помощи населению регионов.

Эти изменения должны быть направлены:

- на приближение общих видов медицинской помощи к населению, особенно менее мобильным лицам пожилого и старческого возраста, проживающим в небольших городах и сельской местности;

- обеспечение доступности специализированной медицинской помощи, прежде всего для сельского населения;

- планирование сети медицинских организаций, соответствующей демографическим ожиданиям;

- улучшение материального обеспечения медицинского персонала;

- повышение качества оказываемой медицинской помощи.

Во многом решение этих вопросов связано с кадровым обеспечением на селе, развитием выездных форм помощи, использованием современных научно-технических достижений (дистанционная диагностика, телемедицина и др.). Не потеряло своей актуальности и создание межмуниципальных (межтерриториальных) центров оказания медицинской помощи, что требует четкого планирования с учетом медико-демографической ситуации на каждой территории и надлежащего ресурсного, прежде всего финансового, обеспечения.

Таким образом, для совершенствования региональных систем здравоохранения необходимо

максимальное использование экономических методов управления, направленных на улучшение планирования объемов медицинской помощи населению конкретных территорий и соответствующих финансовых средств, усиление мотивации всех субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования в отношении оптимального использования имеющихся ресурсов, повышение доступности и качества оказываемых медицинских услуг.

\* \* \*

Реформы, концепции, реструктуризация, модернизация... и так уже почти 30 лет. А положение дел в здравоохранении по-прежнему многих не удовлетворяет. В чем же причина? Рискну высказать предположение, что во многом это связано с игнорированием существующего диалектического противоречия между макро- и микроэкономическими интересами различных субъектов, имеющих отношение к здравоохранению. Иначе говоря, дело в том, что задумываются и готовятся реформы на федеральном уровне с учетом, прежде всего, макроэкономических интересов, а реализовываться они должны на уровне отдельных территорий и организаций, где интересы нередко прямо противоположные, то есть реформы, в которых заинтересовано государство или система здравоохранения в целом, оказываются невыгодны тем, от кого зависит их внедрение.

За примерами опять-таки далеко ходить не надо. После введения ОМС знаменитое профилактическое направление отечественного здравоохранения стало сходить на нет. Но это и не удивительно. С позиций макроэкономики про-

филактика выгодна – ведь предупредить болезнь вроде бы дешевле, чем лечить, с позиций медицинской организации – напротив, причем по той же причине, дешевле. А какому же производителю выгодно торговать дешевым (а то и бесплатным) товаром? Другое дело – лечение, за которое страховщик тоже не ахти сколько, но все-таки заплатит больше. Кстати, можно вспомнить еще одно расхожее после введения ОМС выражение: «Деньги следуют за пациентом». Значит, нужен пациент, а не здоровый человек. Заниматься профилактикой – себе в убыток.

Учитывая роль пациента в нашей жизни и то, что каждый из нас рано или поздно им станет, следует стремиться к тому, чтобы он занял в ней соответствующее место. Планируя те или иные реформы, не лишним было бы поинтересоваться и мнением тех, ради кого в конечном итоге эти реформы и проводятся. Один из возможных вариантов – развитие систем социального мониторинга, которые, как показывает наш опыт, помогают оперативно получать необходимую для управления информацию от различных субъектов системы здравоохранения и медицинского страхования, в том числе и от населения вообще, и от той его части, которая представлена пациентами.

Таким образом, интересы конкретных людей, к которым относятся и медицинские работники, и члены их семей, неизбежно находят отражение в их поведении, отношении к любым предлагаемым новациям и реформам, а попытки сделать страну с развитой экономикой силами незаинтересованных людей относятся, на мой взгляд, к разряду утопий.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Линденбратен Александр Леонидович – руководитель научного направления, главный научный сотрудник, Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, доктор медицинских наук, профессор, Москва, Российская Федерация; e-mail: otdel-77@mail.ru  
ORCID: 0000-0003-3152-9292

## AUTHOR

Alexander Lindenbraten – Head of scientific direction, Chief Researcher, N.A. Semashko National Research Institute of Public Health, Doctor habil. in Medicine, Professor, Moscow, Russian Federation; e-mail: lindenbraten13@rambler.ru  
ORCID: 0000-0003-3152-9292