

А. Бронштейн, В. Ривкин, И. Левин

Частная медицина в России и за рубежом



Москва
Издательство КВОРУМ
2013

Доктора о медицине

Владимир Ривкин

**Частная медицина в
России и за рубежом**

«Широков Евгений Алексеевич»

2013

УДК 615.8
ББК 53.54

Ривкин В. Л.

Частная медицина в России и за рубежом / В. Л. Ривкин —
«Широков Евгений Алексеевич», 2013 — (Доктора о
медицине)

ISBN 978-5-904750-16-9

Радикальные реформы последних десятилетий в политической и общественной жизни России должны коснуться и медицинского обслуживания населения страны. В российском обществе появился и быстро растет средний класс – люди, достаточно обеспеченные для того, чтобы при необходимости быстро и удобно получить любую квалифицированную медицинскую помощь. В ответ на этот запрос возникли две структуры – отдельные частные медицинские учреждения и платные медицинские услуги в государственных больницах и поликлиниках. Авторы сравнивают две системы здравоохранения и делают выводы. В книге дан анализ здравоохранения в США, Великобритании, Германии, Франции и Израиле – странах, в которых, по мировому признанию, сегодня передовая медицина. Отдельно рассматривается состояние здравоохранения в России и анализируется работа крупнейшей в стране частной московской многопрофильной клиники ЦЭЛТ (МК Центр Эндохирургии и Литотрипсии).

УДК 615.8
ББК 53.54

ISBN 978-5-904750-16-9

© Ривкин В. Л., 2013

© Широков Евгений
Алексеевич, 2013

Содержание

Введение	6
Глава 1	17
Глава 2	30
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Александр Бронштейн, Владимир Ривкин, Израэль Левин

Частная медицина в России и за рубежом

Введение

В 1996 г. в России принято Постановление о праве предоставления платных медицинских услуг населению всеми лечебными учреждениями, независимо от их ведомственной подчиненности и формы собственности, в том числе научно-исследовательскими институтами и государственными медицинскими образовательными учреждениями высшего профессионального образования. Платные медицинские услуги предоставляются в дополнение к гарантированному конституцией России объему обязательной бесплатной медицинской помощи, по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением. Цены на платные медицинские услуги устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации. Медицинские учреждения обязаны обеспечить граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов. Это постановление отменило наконец-то запрет на частную медицину в России, существовавший с 1920-х годов. Советская система общедоступной бесплатной медицинской помощи остается, но наряду с ней, возрождается платная медицина, существующая испокон века во всем цивилизованном мире. Получили права гражданства такие термины, как потребитель и поставщик медицинских услуг (амер. – provider), легализованы стоимость и цены медицинских манипуляций как товара, определен порядок их оплаты через кассовые аппараты и др., и таким образом, после 80-летнего запрета начала возрождаться частная российская медицина, имевшая до Октябрьской революции многолетние традиции. Как правильно эту медицину называть – частная, платная, приватная, коммерческая? Мы в дальнейшем тексте будем пользоваться термином «частная медицина», он нам импонирует потому, что слово «частный» в медицинском лексиконе имеет еще одно положительное обозначение – индивидуальный, относящийся к данному больному, к особенностям его заболевания («Частная патология», например). Возрождающаяся в России частная медицина становится наконец-то легальной, и, надеемся, исчезнет неприятная для настоящего врача практика просить у больного деньги (и не платить за них налоги). Частная медицина – это регулярное оказание медицинских услуг профессиональными медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Оплата таких медицинских услуг производится не из государственного бюджета, а из личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений, в том числе страховых медицинских организаций.

Возрождение частной медицины в России необходимо, вынуждено, ибо достиг огромного масштаба кризис государственного советского здравоохранения, и выйти из него волюнтаристскими «социалистическими» способами нельзя. Назрел и разразился политический взрыв, в ходе которого рухнули казавшиеся незыблемыми идеологические основы, разрушились государственные системы, в том числе «бесплатное, общедоступное здраво-

охранение». Появились зачатки настоящих прав граждан, в том числе права на выбор медицинской помощи. Из истории о правах человека. Более 300 лет назад Джон Локк – один из классиков раннебуржуазного либерализма – в работе «Два трактата о государственном правлении» писал, что изначально у людей «в естественном состоянии», в предгосударственном общежитии не было органов, которые могли бы беспристрастно решать споры между людьми, осуществлять наказание виновных в нарушении «естественных законов» и т. д. Это создавало обстановку неуверенности, дестабилизировало размеренную жизнь, и люди стали образовывать сообщества, государства, которые должны были обеспечивать права и законы. «Государство представляет собой совокупность людей, соединившихся в одно целое под эгидой ими же установленного общего закона и создавших судебную инстанцию, правомочную улаживать конфликты между ними и наказывать преступников». И далее: «От прочих форм коллективности (семей, господских владений, хозяйственных единиц) государство отличается тем, что лишь оно воплощает политическую власть, т. е. право во имя общественного блага создавать законы для регулирования и сохранения собственности, а также право применять силу сообщества для исполнения этих законов и защиты государства от нападения». Идеи прав человека, их признания обществом прошли долгий путь: английская Великая хартия вольностей (1215), английский Билль о правах (1689), французская «Декларация прав человека и гражданина» (1789), американский Билль о правах (1791) – провозглашали и толковали основные права человека. В XIX веке в развитых государствах складывается первоначальный набор гражданских и политических прав: свобода и равноправие, неприкосновенность личности, право собственности, право на труд, отдых, свободу слова и передвижения. Таким же образом надо рассматривать и право на получение и на выбор медицинской помощи, на здравоохранение.

Термин «Здравоохранение» намного моложе и конкретнее, чем более широкое понятие «Медицина» – древнейшая наука, имеющая целью лечение и предупреждение болезней человека (БСЭ, 3-е изд.). Здравоохранение – это организация помощи заболевшему человеку, она имеет свои правила, этапы, свой объем, зависящий от возможностей данного общества, государства, но главная идея – медицинская помощь заболевшему человеку – определяется тяжестью страдания, конкретными возможностями медиков и не зависит от социального положения и любых других характеристик пациента (расы, этнической группы, наличия гражданства и др.). С развитием здравоохранения возникла «социальная медицина» – наука о гигиене и профилактике болезней у определенных (этнических, профессиональных, возрастных и других) групп населения.

Великий русский врач Н. И. Пирогов писал: «Уменьшение смертности в массах зависит от дельного, энергичного, рационального применения административных и гигиенических мер». Это было началом профилактической медицины, которой уделяли много внимания корифеи русской медицины: Боткин, Захарьин, Остроумов. В 1851 г. в Париже состоялась первая Международная санитарная конференция, в 1908 г. там же была создана первая межправительственная организация – Международное бюро общественной гигиены (МБОГ), в 1923 году появилась Организация здравоохранения (гигиены) Лиги Наций. После второй мировой войны (в 1946 г.) на первой сессии генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООН) было принято решение создать Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ). И специальная конференция (делегаты из 51 страны) разработала и приняла ее учредительные и уставные документы, включая Протокол о передаче ВОЗ функций МБОГ и Организации гигиены Лиги Наций. Создание ВОЗ стало важнейшим событием в здравоохранении второй половины XX века. В Уставе ВОЗ записано, *что* здоровье – это не только отсутствие болезни или физических дефектов, это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, *что* обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии,

политических убеждений, экономического или социального положения, *что* правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих социальных и медико-санитарных мероприятий, *что* неравномерное развитие в разных странах мер в области здравоохранения и борьбы с болезнями, особенно с заразными болезнями, является общей опасностью и наконец, *что* здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств.

Важнейшее положение, что здоровье это не просто «норма», а здоровая жизнь в окружающей среде, степень воздействия которой на человека разная. Это адаптация к вредным факторам среды, и мудрые китайцы давно применяют термин «здоровье здоровых». В 1977 году ВОЗ выдвинула лозунг: «Здоровье для всех» и поставила для правительств задачу достигнуть к 2000-му году у всех жителей Земли «такого уровня здоровья, который позволит им жить продуктивно в социальном и экономическом плане». Задача, к сожалению, не выполнена: растет смертность, падает рождаемость, снижается продолжительность жизни (при увеличении доли стариков), увеличивается число «главных» неинфекционных (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт, рак) и инфекционных заболеваний (туберкулез, сифилис, СПИД, гепатиты), нарастает наркомания, алкоголизм – эти биологические бедствия усугубляются при нарастании материального неравенства в обществе, деформируют социальные и духовные ценности. Многие страны озабочены этими проблемами. В США, к примеру, выдвинута национальная программа «Здоровье народа – 2000», в которой выделяется health promotion – обеспечение здоровья; health protection – защита здоровья и préventive services – службы профилактики. Выдвигается новый принцип: при всех государственных усилиях и программах *здоровье есть личное дело человека*, сохранение которого зависит от физического и духовного совершенствования личности, здорового образа жизни. Понятно, что эти проблемы тесно связаны с экономическими условиями жизни разных слоев общества. В нынешней России, с резким переходом страны к рыночным отношениям и усиливающейся стратификацией населения, это особенно актуально.

Деление общества на богатых и бедных всегда определяло огромную разницу в состоянии здоровья граждан. В частности, до сих пор заболеваемость в большей степени является результатом недоедания у бедных слоев населения и переедания у богатых: «Контраст потрясает: в то время как 170 миллионов детей в бедных странах имеют пониженную массу тела, в результате чего более 3-х миллионов из них ежегодно умирают, в мире насчитывается свыше 1 миллиарда взрослых с избыточной массой, и не менее 300 миллионов страдают ожирением. Приблизительно полмиллиона человек в Северной Америке и Западной Европе ежегодно умирают от болезней, связанных с ожирением. Нищета, пониженная масса тела остается главной причиной заболеваний сотен миллионов беднейших людей планеты и одной из основных причин смерти, особенно детей младшего возраста. Пониженная масса тела – это колоссальная по масштабам и широко распространенная проблема в развивающихся странах, вызванная в первую очередь нищетой. Нищета – это главная человеческая болезнь» (документы ВОЗ).

После второй мировой войны, в декабре 1948 года, ООН приняла и провозгласила Всеобщую Декларацию прав человека, «человечество получило закон». Статья 25 этой Декларации гласит, что каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право обеспечения на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам. Обеспечение этих прав становится очень трудной задачей в нынешних условиях в первую очередь из-за неконтролируемого роста численности населения. Первым фундамен-

тально исследовал эту проблему английский ученый-экономист, вначале священник, – Томас Роберт Мальтус (1766–1834) – иностранный член Петербургской Академии Наук (1817). Он изучал рост населения как математическую проблему и рассматривал его относительно определенного способа производства и общественного развития. В своем основном труде «О законе народонаселения» Мальтус говорил о росте населения, как о вечном, незыблемом факторе: как в мире животных и растений, так и в человеческом обществе существует непреложный закон природы, который «состоит в постоянном стремлении, свойственном всем живым существам, размножаться быстрее, чем это допускается находящимся в их распоряжении количеством пищи». Мальтус утверждал, что народонаселение увеличивается в геометрической прогрессии (1, 2, 4, 8, 16, 32, 64, 128, 256...), тогда как средства существования растут в арифметической прогрессии (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9...). Через два столетия, считал он, народонаселение относилось бы к средствам существования как 256 к 9; через три – как 4096 к 13, а через две тысячи лет этот разрыв был бы беспредельным и неисчислимым. Удвоение количества жителей Земли, писал Мальтус, фактически равносильно тому, как если бы величина земного шара уменьшилась наполовину. И чем больше населения, тем меньше обрабатываемой земли остается на одного человека («закон убывающего плодородия») и тем быстрее возникает отставание роста продовольственных ресурсов от роста населения. Однако в действительности, как отмечает сам Мальтус, рост населения происходит не беспрепятственно, удвоения не происходит, ибо в противном случае за 1 000 лет население увеличилось бы в 240 раз. То есть, если бы в 1001 году нашей эры на Земле проживало бы два человека, то в 2001 году – уже более 2×10^{12} , или два триллиона человек, что примерно в триста раз превышает фактическое сегодняшнее значение. Такое размножение, по Мальтусу, возможно лишь при некоторых специфических условиях, а в реальной жизни человек сталкивается с различными „преградами“.

1. *Нравственное обуздание: «Долг всякого человека состоит в том, чтобы решаться на брачную жизнь лишь тогда, когда он может обеспечить свое потомство средствами существования; но в то же время необходимо, чтобы склонность к брачной жизни сохранила всю свою силу, чтобы она могла поддерживать энергию и пробудить в безбрачном человеке стремление достигнуть трудом необходимой степени благосостояния».*

2. *Пороки: «Распущенность, противоестественные связи, осквернение супружеского ложа, ухищрения, предпринимаемые для сокрытия последствий преступной и противоестественной связи».*

3. *Несчастья: «Вредные для здоровья занятия, тяжкий, чрезмерный или подвергающий влиянию непогоды труд, крайняя бедность, дурное питание детей, нездоровые жизненные условия больших городов, всякого рода излишества, болезни, эпидемии, война, чума, голод».*

Эти постулаты Мальтуса, подвергавшиеся несправедливой критике, остаются актуальными. Известный российский ученый-энциклопедист С. П. Капица считал, что мы живем в совершенно особый период времени, которым завершается грандиозная по своей продолжительности история развития человечества, и главный фактор этого возможного завершения человеческой истории – рост численности населения Земли. С. П. Капица пишет, что рост населения, конечно, ограничивается многими факторами, указанными Мальтусом, но кривая этого роста как бы «задирается к бесконечности». Это выделяет эпоху, в которую мы живем, из всей истории человечества: «возраст экономики» изменяется быстрее, чем продолжительность жизни одного человека». Чем же грозит изменение численности населения, к чему это приведет? В первую очередь к тому, что нарушится соотношение между числом молодых и пожилых людей. Если сейчас, в связи с временным демографическим взрывом, доля молодежи велика, то вскоре ситуация изменится кардинально. Стариков ста-

нет больше, молодежи меньше. «Кто будет кормить и содержать людей, которые сами себя обеспечить уже не в состоянии? Старение населения – очень существенный фактор, который уже сказывается и в России. Через 50-100 лет этот фактор станет доминирующим в мире, и тогда возникнут вопросы не только социально-экономические, но и этические». Интересны исследования проблем старости в трудах проф. Черносвитова. Тенденция к старению населения в разных по экономическому, политическому, социальному и расовому положению странах обнаружила себя четверть века назад. «Армию» пожилых людей представляют три поколения: довоенное (1936–1940 гг.), военное (1941–1945 гг.) и послевоенное (1945–1950 гг.). Послевоенное поколение пополняет эту «армию», потому что его представители по многим социальным, психологическим, биотипологическим и клиническим показателям старше, нежели должны были быть. Другими словами, за последние 10–15 лет «старость помолодела», и теперь, как во времена Гиппократы, старость начинается с 50 лет. В силу того, что дети «бума рождаемости», наблюдавшегося в воевавших странах, – СССР, США, Англии, Японии, Италии, обеих Германиях – оказались недолго-жителями (средняя продолжительность их жизни 45 лет), к 1990 году их рабочие места заняли представители предшествующих поколений. Это привело к тому, что сейчас соотношение работающих и неработающих, которое должно в норме составлять 10: 1, достаточно высоко только в таких странах, как Дания, Швеция и Израиль (7: 1). В США, Японии и Великобритании этот показатель в 1980 г. составлял 5: 1, а в 1998 г. – уже 3:1.

Бок о бок с «молодеющей старостью» в современном мире учащаются неизлечимые хронические болезни, в том числе и слабоумие. Самая страшная форма слабоумия – болезнь Альцгеймера – тоже «помолодела», ярко выраженная ее симптоматика наблюдается уже в 45-летнем возрасте. Болезнь Альцгеймера и другие формы слабоумия и депрессивных состояний в развитых странах резко учащаются, в США почти каждый 50-й житель страны постоянно обращается к психоневрологу. Болезнь Альцгеймера очень «дорогая», в США, в частности, она берет на себя четверть бюджета, отведенного на медицину. В США, Канаде, Японии, Великобритании, Франции, Бельгии, Швейцарии и некоторых арабских и азиатских странах на лечение больных в возрасте старше 50 лет расходуется более 75 % лекарственных средств и препаратов. По нашим собственным данным («Пожилый хирургический больной», М., 2012), ныне, среди госпитализированных больных более 30 % – люди старше 60 лет, а среди плановых хирургических больных их больше половины. Патология пожилого человека, для которого «смерть перестает быть абстрактным понятием», требует развития специальных методов врачебной работы (психоделическая психотерапия). Не дай бог, как говорится, чтобы пожилые люди оказались в таком положении, как было в Древней Греции или в Спарте; спартанский «опыт» безжалостного отношения к немощным старикам хорошо известен, на него ссылались фашистские врачи и ссылаются некоторые нынешние поборники эвтаназии, уже разрешенной в ряде штатов США и Австралии.

Это лишь часть социально-медицинских проблем, характеризующих процесс глобального старения населения мира. Меняется и структура заболеваемости, и причины смертности. Известный американский социолог медицины Брайан С. Тернер пишет: «Если в 1900 г. в США основными причинами смерти были грипп, пневмония, туберкулез и гастроэнтерит, то в 1980-е годы главными причинами стали болезни сердца, рак, поражения сосудов, болезни центральной нервной системы и несчастные случаи. Стресс заменяет микробов в качестве главного объяснения современной болезни, а понятие лечения все больше заменяется понятиями реабилитации и попечения». В 2001 г. на общем собрании Российской Академии Медицинских Наук было отмечено, что начиная с 1994 г. численность взрослого населения России сократилась на 2 миллиона человек, а детского на 6 миллионов. За десять лет (1991–2001 гг.) уровень смертности населения России вырос на 38,5 %. По отдельным критериям положение особенно тревожное: за последние годы увеличилось в 15 раз число

подростков, взятых на учет с диагнозом «наркомания», а смертность среди них возросла в 42 раза. Отдельно рассматривается проблема алкоголизма, которая в России всегда была очень актуальна. Известны и часто повторяются максимы типа: „Пьянство есть упражнение в безумстве“ (Пифагор), „От вина гибнет красота, вином сокращается молодость“ (Гораций), „Пьянство – это добровольное сумасшествие“ (Сенека), „Потребление алкоголя наносит человечеству вреда больше, чем война, голод и чума, вместе взятые“ (Чарльз Дарвин). А Екатерина Вторая сказала: „Пьяным народом легче управлять“. Эту возможность ослаблять народ алкоголизмом, выводить его из политической борьбы включают в свою стратегию многие политики, особенно после успешного примера почти полного уничтожения индейцев Северной Америки, усиленным внедрением в их быт «огненной воды». Все это известно, а воз и ныне там. В России сейчас производится 25 литров крепкого спиртного на душу – больше, чем в любой другой стране. Не перестают публиковаться страшные сведения об отравлениях спиртным («В Рязани от самодельной водки за два года отравилось тысяча человек» и т. д. и т. и.). Точно то же и с курением. Потребление сигарет увеличилось на 87 %, в основном за счет увеличения курильщиков среди женщин и подростков. Перечисленные факторы, отрицательно влияющие на здоровье, характерны для всех стран, но в России проблема стоит очень остро, алкоголь может стать самым сильным и дешевым средством борьбы с русским народом. Вот слова главного санитарного врача России Г. Онищенко: «Каждый год от употребления алкоголя в России погибает около 700 тысяч наших граждан. Только представьте себе, за десять лет войны в Афганистане погибло около 14 тысяч наших ребят, а тут за год погибает 700 тысяч граждан от употребления алкоголя. И многие это зло не воспринимают всерьез. Если так будет продолжаться, то с нами будет то же самое, что и с индейцами, которым полюбилась «огненная вода». Вот так вот тихо, без шума и войны погибает более 700 тысяч, так что алкоголь – это хорошее оружие массового уничтожения. А если мы еще к этим 700 тысячам прибавим 300–400 тысяч, которые гибнут по причине курения и 100 тысяч, которые погибают от наркотиков, то в течение года тихонечко и незаметно уходят из жизни больше 1 миллиона человек. Из данных цифр видно, что на первом месте по эффективности убийства стоит алкоголь, затем табак и на последнем месте наркотики. Однако почитайте нашу прессу, где против наркотиков пишут много и охотно, а вот против алкоголя и табака ничего плохого, а наоборот рекламируют алкогольную и табачную продукцию и пишут, сколько это приносит денег в казну». Перечисленные факты и изменение численного и возрастного состава населения России заставляют неотложно заняться реформами постсоветского здравоохранения.

Исторически развитие медицины обычно идет параллельно с потребностями общества, а именно с интересами определенных социальных групп. Еще в 1700 г. в труде Рамаццини „Рассуждения о болезни ремесленников“ рассматривалось влияние разных профессий на здоровье, и предлагались меры по гигиене труда кожевников. Классический пример – работа Луи Пастера, который по заказу виноделов искал методы борьбы с брожением, а в интересах специалистов мясо-молочной промышленности разрабатывал вакцины и делал прививки животным от сибирской язвы и бешенства. Такие «заказные» исследования объяснили причины послеоперационных гнойных осложнений в хирургии и в конце концов привели к появлению антисептики и асептики. Промышленный подъем в Англии XVIII века, скопление рабочих в тесных городах в антисанитарных условиях приводили к эпидемиям; появляются санитарные врачи, на государственном уровне вводится общественная гигиена и санитарная статистика. Создаются системы, комплексы мер по сохранению здоровья граждан, разные для разных по социальному положению и финансовому состоянию стран. Здравоохранение становится не только медицинской, но общественно-политической категорией, меняющейся вместе с изменениями в обществе.

К XX веку в наиболее развитых странах Европы участились социальные конфликты между полярными слоями общества, стала ясна необходимость политических реформ, возникло понятие «социальной аномии» (буквально «беззаконие, безнормность», от греч. а – отрицательная частица и *nomos* – закон) – такое состояние общества, в котором заметная часть его членов относится к нормам и законам негативно. Впервые явление социальной аномии описал французский социолог Эмиль Дюркгейм. Аномия – отсутствие закона, организации, норм поведения, их недостаточность. Аномичные состояния в обществе возникают особенно часто в условиях экономических кризисов и динамичных реформ. «В момент общественной дезорганизации, – считает Дюркгейм, – будет ли она происходить в силу болезненного кризиса или, наоборот, в период благоприятных, но слишком внезапных социальных преобразований – общество оказывается временно неспособным проявлять нужное воздействие на человека...» В обществе наступает дезинтеграция и распад системы норм, которые гарантируют общественный порядок. Аномия вызывает такое психологическое состояние личности, которое характеризуется чувством потери ориентации в жизни, возникающее, когда человек оказывается перед необходимостью выполнения противоречащих друг другу норм. «Прежняя иерархия нарушена, а новая не может сразу установиться... Пока социальные силы, предоставленные самим себе, не придут в состояние равновесия, относительная ценность их не поддается учету и, следовательно, на некоторое время всякая регламентация оказывается несостоятельной». Слом старых систем коснулся и здравоохранения, появились первые (в Германии) учреждения по страхованию здоровья рабочих.

В России после революции 1917-го года охрана здоровья трудящихся приобрела государственный статус, появилось специальное учреждение – Народный Комиссариат Здравоохранения, его первый руководитель Н. А. Семашко разработал модель всеобщей бесплатной медицины («пирамида Семашко»), которая исправно работала в самые трудные годы послереволюционной разрухи, а затем еще в течение 50 лет. В 1922 году в Первом московском медицинском университете была создана кафедра социальной медицины, и эта дисциплина получила в СССР права гражданства. По модели Семашко, о которой подробнее будет говориться ниже, в некоторых странах, например в Англии, строится до сих пор массовое медицинское обслуживание населения. Развитие государственного здравоохранения в Советской России, всеобщая бесплатная медицинская помощь стали в свое время завидным примером для рабочих капиталистических стран, и правительства этих стран были вынуждены принимать меры, чтобы положение не вышло из-под контроля. Другая система – государственное медицинское страхование, т. е. обязательное участие населения в финансировании здравоохранения. Разные модификации такой государственной страховой медицины были разработаны в Германии и Франции. Эта система прогрессивна, но не охватывает все население, ибо страхуются только работающие, например в Германии, по страховому полису предоставляется только скорая помощь, а плановые операции и лечение оплачиваются пациентами. Модель здравоохранения в США изначально базируется на добровольном страховании, т. е. каждый, у кого есть работа, открывает личный страховой счет, на который идут отчисления с его доходов, и к этому прилагается страховой полис-контракт, по которому оговаривается объем медицинской помощи и лица, которые могут ею пользоваться (члены семьи, подопечные). Эта модель малозатратна для бюджета государства, но не обслуживает иждивенцев, пенсионеров, инвалидов, безработных – всех, кто не в состоянии иметь страховой счет. Есть в США и больницы „Красного креста“, которые финансируются государством и благотворительными обществами. В системе Красного креста получают скорую медицинскую помощь все, не имеющие страховки, и иностранцы. Около 85 миллионов малоимущих или пожилых американцев обслуживаются по системам Medicare и Medicaid, о чем подробнее ниже, но, в общем, почти 40 миллионов граждан США не имеют постоянной медицинской помощи, и эта проблема одна из самых жгучих в Америке. Совершенно особая система

здравоохранения в Японии. Кроме «японского чуда» – быстрой разработки и внедрения в промышленность ультрасовременной вычислительной и компьютерной техники, большую роль играют особенности японского самосознания: владелец учреждения или руководитель фирмы – „отец, заботящийся о своих детях“. Каждое предприятие содержит собственный медицинский штат (больницу, лаборатории), со всех работающих (с холостых в тех же размерах, что и с семейных) взимается налог на медицину. Эти средства поддерживают своих пенсионеров, инвалидов, детей погибших на производстве сотрудников, проводятся профилактические осмотры сотрудников. Но, если человек по каким-либо причинам (кроме инвалидизации на производстве) теряет работу, то все сразу отменяется. Государство не предусматривает социальную защиту безработных и лиц, не имеющих японского гражданства (или подданства).

Другие системы здравоохранения напрямую связаны с состоянием финансов страны. Так в Саудовской Аравии, Катаре, Бахрейне, Омане в связи с огромными доходами от экспорта нефти население обеспечено бесплатной медицинской помощью, но не коренные жители, а их в этих странах больше половины. В Индии, странах Африки и Латинской Америки здравоохранение основано на деятельности миссионерских организаций, на гуманитарной помощи Красного креста и Красного полумесяца. На Кубе в 1958 году здравоохранение было на уровне самой бедной латиноамериканской страны, а сегодня оно близко к показателям Великобритании, а по количеству врачей на душу населения Куба обогнала многие развитые страны. Эти успехи базируются на прорывах в фармацевтических исследованиях и биотехнологии, приведших к выработке новых лекарств, вакцины против гепатита В и менингококкового сепсиса. Кубинское правительство сделало здравоохранение и образование приоритетными статьями бюджета. Центральной мерой является система семейных врачей (см. ниже), которые работают на крупных предприятиях, в школах, детских садах, и в домах престарелых. Они проводят медосмотры и вместе с профсоюзами и дирекцией отвечают за предотвращение несчастных случаев и улучшение условий труда. Во время экономического кризиса 90-х годов Куба ввела карточную систему, но расходы на образование, здравоохранение и социальные услуги поддерживались на стабильном уровне: ни одна школа, детский сад, дом престарелых, ни одна палата в больнице не были закрыты.

Судить о китайской медицине, как и о всей современной социальной обстановке в Китае, можно, ориентируясь на конец 1970-х годов, когда начались настоящие реформы и появились какие-то открытые данные. За это время бурно развивалась система здравоохранения, и к концу 1998 года в стране было 310 тысяч медицинских организаций, более 3-х миллионов больничных коек и 4,4 миллиона медицинского персонала, что соответственно в 85, 36 и 8 раз больше, чем в 1949 году. Локализованы эпидемии, полностью ликвидирована оспа. По средней продолжительности жизни и по снижению младенческой смертности Китай выходит в первые ряды среди развивающихся стран. В сельских местностях, где проживает 75 % населения страны, вводится трехступенчатая система здравоохранения – уездные, волостные и деревенские медицинские пункты (станции); на селе работает 1 млн 328 тыс. врачей и среднего персонала. В селе здравоохранение платное, а в городах рабочих и служащих до последнего времени лечили бесплатно, за счет государства, но это легло тяжелым бременем на бюджет, поэтому необходимы реформы. Внедряется система медицинского страхования на основе государственного финансирования и частных взносов, планируются кооперативные структуры здравоохранения в сельских местностях. На государственном уровне ставятся очень большие задачи, такие как ликвидация полиомиелита, болезней от недостаточности йода. К концу 1998 года в Китае было открыто 2 724 учреждения специально для профилактики и лечения болезней женщин и детей, издан закон «Об охране здоровья матери и ребенка», «Положение об охране труда работниц». Отдельно рассматривается и пропагандируется многотысячелетний опыт Китая в лечении травмами. Пер-

вая китайская фармакопея «Хуанди нейцзин» содержала описание 1892-х трав и 10 тысяч рецептов на их основе. Традиционные китайские системы иглоукалывания, акупунктурной анестезии, гомеопатии без лекарств известны во всем мире, и этим методикам обучаются во Франции, США, Италии и других странах. Долгое время на Западе и на Востоке, в том числе и в Китае, медицина развивалась параллельно. На Западе происходило постепенное вытеснение народной медицины медициной академической, ориентированной на продвижение современных технологий. Главная особенность традиционной китайской медицины в том, что человек рассматривается как целостная система. В отличие от западного подхода, ориентированного на лечение симптомов заболевания, традиционная китайская медицина стремится устранить причину его возникновения через мобилизацию собственных ресурсов организма и запуска систем саморегуляции. Возникло понятие интегративной медицины, сочетающей проверенные тысячелетиями методы традиционной китайской и новейшие разработки в области европейской академической медицины. Еще Гиппократ сравнивал болезнь с деревом, у которого есть корни – причина болезни и крона – ее последствия. Интегративная медицина придерживается именно этой логики, преследуя цель быстро и эффективно купировать острые проявления болезни и одновременно устранить ее причины. Сочетание академической и традиционной медицины на разных этапах лечения болезни часто дает результат. Сегодня интегративная медицина интенсивно развивается во всем мире, ее ассоциации уже созданы в США, Канаде, Бразилии, Нидерландах, Бельгии, Англии, Финляндии, Италии и других странах. В Китае она является неотъемлемой частью государственной системы здравоохранения. В России интегративная медицина делает только первые шаги. По опросам в лечебно-профилактических учреждениях почти три четверти респондентов хотели бы получать комплексное лечение у специалистов академической и традиционной медицины, а также натуральные лекарственные препараты. В Китае решено к 2020 году устранить все рыночные механизмы, процветающие в здравоохранении с 1978 года, при которых прямые платежи за медицинские услуги составляли до 90 %. В 2011 году решено довести официальное, государственное, обязательное страхование до 90 %. Согласно этой программе в 2010 году все сельское население страны, а это около 900 млн жителей, из которых 700 млн находятся за чертой бедности, будет обеспечено полисами медицинского страхования. Предполагается так называемое кооперативное страхование, по которому 1,5 доллара за медицинские услуги оплачивает житель, а 5 долларов – государство. Трудно сказать, каким путем пойдет здравоохранение этого гиганта.

Провозглашенное и закрепленное в Конституции СССР всеобщее бесплатное медицинское обслуживание ныне, с начала 90-х годов, в условиях нарастающего финансово-экономического кризиса становится все более труднодостижимой задачей из-за ухудшения демографических показателей, нарушения экологического равновесия, социальной стратификации. Российское здравоохранение унаследовало всю структуру от Советского Союза и так же, как было в СССР, не может ее полноценно финансировать. Модный в СССР лозунг «Здоровье народа – богатство страны» не верен, не здоровье народа для страны, а государство и страна для здоровья народа. Россия, по разным данным, выделяет на здравоохранение от 2,6 до 5,9 % от Внутреннего Валового Продукта (США тратят на это 20 % ВВП). На сегодняшний день ВВП на душу населения является тем макроэкономическим показателем, который отображает уровень жизни населения той или иной страны. Большой уровень общего ВВП характеризует экономическое развитие страны, но не говорит о том, что экономика этой страны является эффективной. К примеру, одно дело, когда ВВП равен 1,0 млрд долларов у страны с населением 100 млн человек, и совсем другое, когда эти деньги собраны в стране с населением 10 млн человек. Рассчитать ВВП на душу населения не трудно, нужно общий ВВП разделить на общую численность населения. Это дает возможность узнать, какое количество конечных товаров и услуг, произведенных экономикой страны за опреде-

ленный период времени, приходится в среднем на одного жителя этой страны (в стоимостном выражении). ВВП на душу населения не идеальный показатель, но определить уровень жизни населения страны он помогает. По данным Всемирного Банка (в тыс. долларов, 2010 год) по расходам на душу населения на первом месте Люксембург – 108,747, далее Норвегия – 84,880; Швейцария – 67,236; Дания – 55,778; Швеция – 48,754 и США – 47,084. В России этот показатель – 10,440 долларов, 46 место в мировом рейтинге. (Статистические данные в нашей книге, кроме авторских, приводятся по официальным источникам – Сборник «Здравоохранение в России» (М., Росстат, 2011), Федеральный справочник «Здравоохранение России» (М., ежегодное издание). Повторяем, показатели неудовлетворительные: смертность с 1993 года стабильно превышает рождаемость, неправильная клиническая диагностика выявлена у каждого второго, резко сократилась вакцинация детей, профилактика инфекций, совершенно прекратилась работа онкологических диспансеров по динамическому наблюдению больных, пролеченных или оперированных по поводу опухолей. Сегодня врач не заинтересован в качестве оказываемых услуг, лечение 5 или 100 больных не сказывается на его зарплате. Отсюда повсеместная прямая теневая оплата врачей. Президент России В. В. Путин в послании к Федеральному собранию констатировал, что государственная собственность эксплуатируется врачами для получения личных доходов. «У нас сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой подчас царит произвол и нет вообще никакой социальной справедливости, многие услуги недоступны. Дефицит средств по этой программе – 30–40 % от потребности, и он покрывается – давайте прямо и честно об этом скажем – вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг...» В 2005 г. предложен Национальный проект «Здоровье» – первый шаг модернизации здравоохранения. Выделены средства для закупки современного медицинского оборудования, строятся высокотехнологические центры, повысилась зарплата медицинским работникам. Откуда брать деньги? Предлагается создать в составе Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС, см. подробнее ниже) специальный резерв средств, с помощью 2 % увеличения страховых взносов. Кроме того, поступление денег планируется и из лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), которые преобразуются в государственные бюджетные учреждения (ГБУ) и которым разрешат заниматься коммерческой деятельностью и устанавливать тарифы на оказание медпомощи. Их руководители станут хозяевами своих финансов, и сразу же возникли опасения, что в ГБУ останется только коммерческая деятельность, услуги будут оказываться только за деньги.

Все эти проблемы обсуждались на Первом национальном съезде врачей России (октябрь 2012 г.). В выступлениях Председателя правительства РФ было сказано, что «...повышение продолжительности и качества жизни россиян, улучшение их здоровья является одним из ключевых приоритетов в социальной политике государства и, безусловно, будет приоритетом в деятельности правительства». Министр здравоохранения профессор В. И. Скворцова, трезво оценивая недостатки медицинского обслуживания граждан России, доложила планы их исправления. Съезд принял этический кодекс врача и призвал к формированию «единой профилактической среды», основными компонентами которой являются: формирование здорового образа жизни и проведение широкомасштабных профилактических мероприятий с заботой каждого гражданина о сохранении своего здоровья. Принцип приоритета профилактики характеризует переход от системы здравоохранения, направленной преимущественно на лечение заболеваний, к системе, основанной на формировании здорового образа жизни и предупреждении развития заболеваний. Необходимо «переформатирование» привычных отношений «врач – больной» в отношения врача со здоровым человеком. Это требует внедрения новых технологий «управления здоровьем» и развития прежде всего первичного звена здравоохранения. Обещано двойное повышение заработной платы врачам, создание региональных центров современной медицины, улучшение условий жизни

и работы медиков малых городов и сел. Утверждены новые правила предоставления платной медицинской помощи: все медучреждения РФ, которые имеют лицензию на оказание медицинской помощи, будут обязаны разместить на своих сайтах в интернете и на информационных стендах в зданиях больниц и поликлиник перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке и форме предоставления таких услуг.

Число граждан, прибегающих к частной медицине, в России растет. Согласно опросам РОМИР, в 2005 году платными услугами пользовались 62 % населения, а в текущем их уже было 67 %. Число же тех, кто не может оплатить никакие медуслуги, за тот же период снизилось с 21 % до 9 %. Это говорит не только о росте доходов, но и о неудовлетворенности людей бесплатным здравоохранением, хотя все последние годы государство вкладывает в него огромные средства. В медицине не сокращаются теневые платежи: по данным опроса, проведенного в прошлом году фондом «Новая Евразия», врачам «в карман» платят 22 % обратившихся за медицинской помощью, «левые» доходы медиков составляют до 37 % их легального заработка. В новых Правилах о предоставлении платных медицинских услуг (2012 г.) сказано, что при заключении договора на платную услугу потребителю должна быть предоставлена полная информация о возможности получить ту же услугу бесплатно в рамках программы государственных гарантий медпомощи. В Правилах описаны условия, на которых медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий оказания бесплатной медпомощи, могут оказывать платные услуги. Определено, что цены на платные услуги для казенных и бюджетных медицинских учреждений назначают учредители, а все прочие (то есть автономные и коммерческие поликлиники и больницы) могут устанавливать их самостоятельно. При оказании платных услуг должны соблюдаться те же порядки и стандарты медпомощи, что и при бесплатной помощи. Проблемы платной частной медицины в России ниже разбираются подробно, но здесь еще раз отметим, что разрешение государственным медицинским учреждениям оказывать платную врачебную помощь, ставит частные клиники в неравные условия. Но фактическое, можно сказать, бурное развитие частной медицинской помощи в стране свидетельствует о росте числа людей, достаточно обеспеченных для того, чтобы при необходимости пользоваться высококвалифицированной медицинской помощью в комфортных условиях частных клиник.

Глава 1

Болезнь. Качество здоровья.

Системы здравоохранения

Из многочисленных расшифровок термина «болезнь» наиболее внятное, на наш взгляд, следующее: болезнь (лат. *morbus*) – это патологический процесс, возникающий при воздействии на организм вредоносного раздражителя и характеризующийся понижением приспособляемости организма к внешней среде, при одновременной мобилизации его защитных сил; это нарушение равновесия организма с окружающей средой, а у человека это еще и временное прекращение или снижение трудоспособности. Понятия о причинах и механизмах развития болезни менялись на протяжении всей истории медицины. Гиппократ, Демокрит, а позже Авиценна (Ибн Сина) полагали, что причины болезней «органические» – смешение основных жидкостей организма (крови, слизи, желчи), изменения формы «атомов», наличие вредных «невидимых существ». С другой стороны, в средние века появились идеалистические взгляды на учение о болезни, согласно которым существует «жизненная сила» (душа, «архей»), она и определяет борьбу организма с изменениями, вызванными болезнью. Идеи об органических причинах болезней победили. В XVII–XIX веках Морганьи, Биш показывали связь болезней с анатомическими изменениями в органах, а Рудольф Вирхов создал основополагающую теорию клеточной патологии. С другой стороны, академик И. В. Давыдовский, к примеру, отстаивал положение о том, что между физиологией и патологией принципиальной разницы нет, что патологические процессы и болезнь это только особенности приспособительных процессов, сопряженных с субъективным страданием. По концепции Г. Селье, болезнь представляет собой напряжение («стресс»), возникающее в организме при воздействии на него чрезвычайного раздражителя, а организм приспособляется к нему («общий адаптационный синдром»). Одна из наиболее важных и трудных проблем – определение причинности (этиологического начала заболевания). Среди социологов и медиков принято считать, что примерно 20 % заболеваний связаны с генетическими особенностями (наследственностью) человека, около 35 % с экологическими факторами, остальное же приходится на «качество жизни».

На сегодня считается, что существует четыре модели развития заболевания, – генетическая (экологическая по В. М. Дильману), онтогенетическая (индивидуальные патологические возрастные изменения в организме), аккумуляционная (накопление в организме отрицательных компонентов, продуцируемых самим организмом) и экологическая (вредоносные агенты поступают в организм человека из внешней среды). Выделение четырех моделей формирования болезней, прежде всего онтогенетической модели, позволяют дать новое определение понятиям «болезнь» и «норма». Согласно общепринятому мнению, болезнь – это совокупный результат действия причины и ответа организма на это действие (Адо А. Д., 1964). Эти определения применимы к экологической модели, тогда как в онтогенетической модели состояние нормы в целом достигается к периоду завершения развития, т. е. в 20–25 лет, когда частота «главных болезней человека» минимальна (см. ниже о теории «поломки машины»). Для онтогенетической модели правомерно другое определение: любое стойкое нарушение гомеостаза есть болезнь, ибо любое стойкое нарушение гомеостаза увеличивает вероятность смерти. Но коль скоро это так, то закономерное возрастное отклонение гомеостаза – это путь, следуя по которому формируются закономерные, т. е. нормальные болезни (Дильман В. М., 1981).

Итак, «здоровье» – это не только отсутствие болезни, а состояние соматического, психического и социального благополучия. Термин «здоровье» в настоящее время часто заме-

няется формулой «качество жизни», в которую входит физическое состояние, связанное с воздействием внешнего мира – быта, учебы, работы, семьи. Выше сказано, что один из главных факторов в этиологии болезней в нашем вроде бы цивилизованном мире – пониженная масса тела, нищета. На втором месте сейчас ВИЧ/СПИД (небезопасный секс). Эта напасть в настоящее время является четвертой по распространенности в мире причиной смерти людей. Самые высокие темпы разрастания этой эпидемии отмечены в Восточной Европе и Центральной Азии. Далее, по данным ООН, почти 2,9 миллиона людей болеют из-за употребления неочищенной воды, плохих санитарно-гигиенических условий, железодефицитной анемии и дыма в помещениях от сжигания твердых видов топлива. Все эти факторы характерны для бедных стран, то есть, так или иначе, сочетаются с нищетой. С другой стороны, такие «главные» болезни как опухоли, сердечно-сосудистая и цереброваскулярная патология, метаболическая иммунодепрессия, атеросклероз, сахарный диабет, ожирение, психическая депрессия сцеплены со старением, о чем уже сказано выше. В. М. Дильман в книге «Большие биологические часы» классифицирует старение как «самую универсальную болезнь», а точнее, как сумму онтогенетических и аккумуляционных болезней. Чем дольше живет человек, тем больше вероятность и опасность развития у него болезней, это фундаментальное положение биологии получает подтверждение не только в генетике (концепция Вейсмана о программированном старении), но и в классических трудах по экономике и социологии. К. Маркс, в своей теории износа организма («Каскад ошибок»), исходит, в частности, из принципа «поломки машины». По этой теории выделяют три основных периода функционирования машин:

а) период приработки, с высокой интенсивностью начальных отказов системы («детство»);

б) период нормального функционирования, с низкой интенсивностью отказов (взрослый возраст);

в) период старения, с неуклонно возрастающей интенсивностью отказов (старость).

Эти принципы вполне приложимы к живым организмам. В современном цивилизованном мире старение «отодвигается», люди живут дольше, но здоровая трудовая жизнь обычно на 7-10 лет короче средней продолжительности жизни, и отчуждение пожилых людей от интеллектуальной и (или) трудовой деятельности есть одна из причин психических и соматических расстройств. Недаром в развитых странах, в том числе недавно и в России, решено для особенно ответственных чиновников продлить время трудовой деятельности до 70 лет. На Всемирной конференции в Токио (2001 г.) с участием политических лидеров, социологов, врачей и экономистов 86 стран была отмечена стойкая и нарастающая тенденция старения населения. По расчетам ученых к 2050 году на Земле будет жить 9 миллиардов человек. Из них 2 миллиарда в возрасте 60 лет и старше, их будет больше, чем детей до 15 лет, причем 80 % пожилых и стариков будут населять индустриально развитые страны. По данным Центра демографии и экологии РАН (2005 г.), численность населения планеты уже в 2025 году составит 7 миллиардов 956 миллионов. Людей старше 64 лет будет больше 7 %, а в России – 13 %, при том, что общая численность населения в РФ снизится от 143 до 130,2 миллионов. Сейчас коэффициент рождаемости (на 1 тыс. населения) в России составляет 11 (в США – 14, суммарно в мире – 21), коэффициент смертности – 16 (в США – 8, в мире – 9), коэффициент младенческой смертности (на 1 тыс. рождений) – 12 (в США – 7, в мире – 55). Средняя продолжительность жизни мужчин в России 59 лет, женщин – 72 года (в США – 75 и 80, в мире – 63 и 69). По естественному приросту населения (в процентах на 1 год) Россия занимает 231 место в мире (США на 169 месте). По оценке ВОЗ, в 2000 году продолжительность здоровой жизни мужчин была 52,8 года (на 14,4 года меньше, чем в США) и женщин – 64,3 года (на 7 лет меньше, чем в США). По этому показателю Россия находилась на 133-м месте в списке из 192 стран. По данным ООН, к 2030 году на европейском континенте

людей старше 65 лет будет 24 % (в 2000 году было 16 %). Средняя продолжительность жизни мальчиков, родившихся в 2030 году, будет на 10 лет больше, чем у тех, которые появились на свет в 1980 году.

Такая демографическая нагрузка на социум, т. е. постоянное увеличение числа неработающих, вызывает необходимость улучшения социальной помощи, разработки новых систем обеспечения нетрудоспособных, т. е. страхования здоровья. Еще в Древней Греции и в Римской империи были общественные благотворительные организации взаимопомощи, которые занимались сбором денег у здоровых граждан и выплатой этих средств гражданам, утратившим трудоспособность при травме, длительном заболевании или увечье. В средние века помощью таким гражданам занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь. В России помощь населению при болезни стала системой во времена земской медицины, в XIX веке. Она дотировалась как за счет казны, так и из ассигнований губернских и уездных властей. В начале XX века на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга создавались «больничные кассы». В 1912 году Государственной Думой был принят закон о введении обязательного медицинского страхования работающих граждан. К 1916 г. в России уже существовали 2 403 больничные кассы, насчитывавшие почти два миллиона застрахованных. После революции, с введением всеобщего бесплатного медицинского обслуживания за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий, надобность в страховых кассах отпала и было введено обязательное медицинское страхование (ОМС), которое постепенно трансформировалось в государственную медицину.

О системах медицинского страхования подробнее будет говориться в следующих главах, но сразу отметим, что в развитых странах системы страхования здоровья предусматривают главное: часть средств вносят сами застрахованные. В отличие от этого, созданная в СССР система бесплатной общедоступной государственной, т. е. полностью оплачиваемой из бюджета страны медицинской помощи, несмотря на все ее недостатки, исправно работала в самое тяжелое для страны время, более полувека, и ее достоинства признавались мировой общественностью. Была, конечно, огромная разница в медицинском обслуживании тонкой прослойки парт-бюрократов, крупных чиновников и богачей-натурщиков и здравоохранением простых граждан страны. Переполненные больницы с койками в коридорах и одним туалетом на этаже, очереди в поликлиниках, изношенное оборудование операционных, отсутствие информации о мировых достижениях медицины – все это было. Но была и система диспансеризации онкологических и других хронических больных с льготным предоставлением им дорогих лекарств, была сеть бесплатных детских санаториев и много других льгот больным людям, в большинстве своем бедным и непритязательным. И вся эта 70-летняя система в 1990-е годы бесконтрольной либерализации и приватизации рухнула вместе со всем СССР и его социальными институтами. Принцип общедоступной бесплатной первичной медицинской помощи и сейчас действует, но только в развивающихся странах и только с поддержкой благотворительных фондов и организаций.

Оценка качества здравоохранения проводится ныне не только по структуре оказываемой помощи, её процессу и исходам лечения, но и по набору услуг, по стандартам обслуживания (см. ниже о «корзинах здоровья»). Эти критерии напрямую зависят от системы здравоохранения, принятой в данной стране, и главные из них – справедливый минимум для всех граждан, макроэкономическая эффективность (стоимость услуг не превышает приемлемой доли национального бюджета) и микроэкономическая эффективность (минимальная стоимость удовлетворительного набора услуг). ВОЗ в последний раз в 2008 году оценивала по этим критериям здравоохранение в мире и отдала первенство Франции. Было признано, что во Франции самые лучшие больницы, самые компетентные медики, самое современное оборудование, и ко всему этому благу имеет доступ большинство. На втором месте оказа-

лась Италия, затем мини-государства: Сан-Марино, Андорра и Мальта, далее Сингапур и Испания. На восьмом месте оказался Оман, в котором еще 20 лет назад 23 % детей умирали, не дожив до пяти лет. В десятку лучших вошла также Австрия и Япония. США поставлены на 37 место, Россия оказалась 131, Китай занял 144 место. Исторически, в соответствии с политическими и экономическими условиями разных стран, сложились, по крайней мере, три системы здравоохранения. В США – это частная медицина, в России, Великобритании и Канаде преимущественно государственная, в Германии, Франции, Голландии, Австрии, Бельгии, Швейцарии и некоторых государствах Латинской Америки, в Японии и Израиле – это разные системы страхового здравоохранения, преимущественно добровольного (ДМС). При ДМС медицинская услуга понимается как товар, который продается на «социальном» рынке. Качество и доступность медицинского обслуживания здесь напрямую связаны с платежеспособностью покупателя, т. е. самого пациента либо его работодателя, а продавцом выступает врач или страховщик. При такой системе цена на медицинские услуги формируется без внешнего воздействия, по соглашению между покупателем и медицинским учреждением. Такой свободный рынок, как любой другой рынок, имеет главный недостаток, а именно неравномерное потребление разных по качеству услуг (товара) из-за неодинаковых доходов покупателей. Ниже добровольное медицинское страхование будет освещено подробнее, но сразу скажем, что в странах Европейского Союза около 70 % всех платных медицинских услуг приходится не более чем на 10 % населения. Число негосударственных (частных) медицинских организаций в Европе постоянно растет: в Испании их ныне 22 %, во Франции 35 %, в Германии 45 %. Уровень эффективности различных систем здравоохранения оценивает, кроме ВОЗ, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Сравнивается от 18 до 24-х показателей, таких как средняя продолжительность жизни, смертность новорожденных, количество коек-мест на душу населения, количество врачей, медсестер, психологов, социальных работников на каждую тысячу населения, число дней госпитализации на человека в год, расходы на здравоохранение (в % от ВВП).

В последнем (2010) докладе «О состоянии здоровья в мире» Генеральный директор ВОЗ Маргарита Чен отмечает, что общий экономический спад в определенном аспекте обусловливается и ростом стоимости медицинских услуг, что в свою очередь связано со старением населения и, соответственно, увеличением частоты хронических заболеваний, а также с появлением новых дорогих лечебных технологий. От 20 до 40 % средств теряется из-за неэффективности рекламируемых средств, но самое вредное – прямые платежи, сборы непосредственно с пациентов, что отталкивает больных из бедных стран от получения необходимой помощи и ведет к недополучению налогов. Богатые люди, так или иначе, могут и должны субсидировать средства для охраны здоровья бедных, но мир очень далек от всеобщего охвата населения современным здравоохранением. Разрывы в доступности медицинской помощи огромны. К примеру, квалифицированное родовспоможение в разных странах обеспечивается либо 10 %, либо 100 %, медицинскую страховку в странах Южной Азии имеют 5-10 % населения против 60 % в США. В 49 бедных странах расходы на здравоохранение на душу населения (даже с учетом страховки) составляют 32 доллара США при минимуме в 60 долларов. Более 30 лет назад, в сентябре 1978 года, ВОЗ провела в столице Казахстана Алма-Ате международную конференцию, на которой были сформированы принципы первичной медико-санитарной помощи в национальных службах здравоохранения, а также организационные модели международного сотрудничества в этой области. Конференция приняла декларацию, провозгласившую первичную медицинскую помощь ключевым элементом. Более высокий уровень здоровья при одинаковых инвестициях отмечается в странах, здравоохранение которых организовано именно на принципах первичной помощи. Призывая вернуться к этой концепции, ВОЗ отмечает, что несправедливость в сфере охраны здоровья сегодня гораздо серьезнее, чем в 1978 году. В докладе ВОЗ ука-

заны возможные современные пути необходимого повышения источников доходов для здравоохранения такие, как повышение цен на авиабилеты, на алкоголь и табак, на сделки с иностранной валютой. Предлагается создавать фонды (пулы) централизованных средств, в которых должны участвовать богатые люди (как, например, фонд Билла и Мелинды Гейтс и другие вклады). Но этого очень мало. По мнению ВОЗ, следует исключить прямые гонорары медикам за каждую услугу, а внедрить оплату «по законченному случаю» при определенном заболевании, т. е. по душевому принципу, независимо от интенсивности и продолжительности лечения (в стационаре). Такой опыт внедрен в Таиланде, что принесло экономию и увеличило зарплату медикам на 5 %. Прямые платы медикам процветают. В Армении, к примеру, лишь 10 % оплаты идет официально, а 90 % – в карман медиками, и за эти оплаты налоги не взимаются.

В странах ОЭСР проживает лишь около 18 % населения мира, а расходуется на здравоохранение в них 86 % средств. Если в США и Норвегии приходится 7 000 долл, расходов на здравоохранение

на душу населения, в странах ОЭСР – 3 600, то в 30 бедных странах эта сумма меньше 35, а еще в 4-х странах – 10 долларов. В то же время специальная комиссия ВОЗ подсчитала, что при правильной экономии основные медицинские услуги (без лечения неинфекционных заболеваний) могут быть доступны при 34 долл, на человека (например, в Таиланде и Руанде). В 2007 г. 22 страны с низкими доходами выделяли на государственное здравоохранение только 10 % от ВВП, all стран меньше 10 %. Было продемонстрировано, что в бюджетах многих стран, в том числе и России, здравоохранение не считается приоритетной статьей, и задача в том, чтобы доказать, что эта статья политическая, ключевая. Другая возможность повышения средств на здравоохранение – объединение средств и специализация фондов. К примеру, в Бангладеш, Индии и Непале работает 49 программ по медицинскому обслуживанию мелких фермеров, и это привело к улучшению обслуживания более 100 тыс. человек. Еще один путь – микрострахование, облегчающее охват бедных людей (использование ваучеров и денежных трансфертов). Это привело в Мексике к определенному снижению младенческой смертности.

В одном из солидных исследований показано, что огромные деньги, выделяемые на здравоохранение, теряются из-за медицинских ошибок и коррупции. Вред при лечении был нанесен каждому десятому больному, что касается коррупции, то выявлено несколько типичных случаев. Во-первых, это завышение цен на медикаменты: в США, к примеру, ципрофлоксацин стоит около 100 долларов, а в Англии наполовину дешевле; больше 10 % лекарств продается просроченными и по завышенным ценам. Следующий пример – маркетинговое давление производителей медицинской техники: в США МРТ-технология применяется в среднем у 91 на 1 000, а в странах ОЭСР у 41 на 1 000, а КТ соответственно у 228 и у 110 пациентов на 1 000. Назначения новых дорогих лекарств или аппаратных исследований полностью в компетенции врача, ибо пациент, как правило, не информирован о необходимости таких исследований, и это проблемы медицинской этики, о чем подробнее ниже.

Плачевное состояние российского здравоохранения наиболее квалифицировано, на наш взгляд, представлено в книге чл. – корр. АМН Д. Д. Венедиктова «Кризис здравоохранения в России. Пути выхода» (М., 1999). «Медицина и здравоохранение, – пишет он, – понятия близкие, но не тождественные. Медицина больше касается профессиональной деятельности врача и его взаимоотношений с пациентами, а здравоохранение – это организация работы этой сферы со стороны общества». Если важность медицины признавалась издревле, то существование, тем более необходимость здравоохранения как социальной системы, стало осознаваться лишь в начале прошлого века. Выше уже говорилось о советском эксперименте с бесплатной, общедоступной медицинской помощью. Первая, сознательно построенная система здравоохранения (модель Семашко), появилась в 1918 году, когда в очень тяжелых

условиях государство заявило, что берет на себя ответственность за обеспечение медико-санитарного благополучия населения. По существу это означало переход от эры лечебной медицины к профилактической, предупредительной медицине, о которой мечтал еще Н. И. Пирогов. Модель Семашко действовала много лет в СССР, и имя ее создателя вместе с авторами других систем здравоохранения – канцлером Германии Бисмарком и английским экономистом Бевериджем – вошло в историю. В системе Бисмарка основное – обязательное медицинское страхование, основанное на взносах работников и работодателей, а система Семашко и Бевериджа базируются на бюджетном финансировании здравоохранения. Четвертая, Американская система, основывается на добровольном медицинском страховании.

По идее, два основных принципа любой системы здравоохранения – справедливость и солидарность. Первый обозначает равное, гарантируемое государством право на медицинское обслуживание всем гражданам, независимо от их доходов. Вторым принцип в том, чтобы богатые поддерживали бедных за счет перераспределения части своих доходов через страховые взносы. Фактически это перефразирует социалистический принцип «От каждого по способностям (материальным возможностям), каждому по (медицинским) потребностям». Этот принцип первой в мире стала реализовывать советская власть, которую в этом вопросе олицетворял Н. А. Семашко. В основе его «пирамиды» были: централизация системы, первоочередное внимание детству и материнству, единство профилактики и лечения, ликвидация социальных основ болезней, привлечение общественности к делу здравоохранения. Для централизованного управления здравоохранением в масштабе всей страны впервые в мире была создана специальная организация – Народный Комиссариат Здравоохранения, в ведение которого перешли все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. Частная медицина была ликвидирована, хотя сохранялись государственные платные поликлиники. Концентрация ресурсов в одном ведомстве позволила, даже в условиях постоянной ограниченности средств, преодолеть эпидемии, уменьшить материнскую и детскую смертность, наладить профилактику социальных болезней и санитарное просвещение. Медицинское обслуживание для пациента было бесплатным, все прикреплялись к участковым поликлиникам по месту жительства и в сложных случаях могли направляться на лечение выше, по ступеням пирамиды здравоохранения. Была налажена система медицинских учреждений для женщин и детей, от участковой поликлиники до специализированных научных институтов, от женских консультаций и участковых роддомов до научных клиник. На предприятиях с вредными условиями труда создавались медсанчасти, контролировавшие здоровье работников, и профилактории. Семашко считал, что задача каждого врача и всей системы не только в том, чтобы вылечить, но, чтобы и предупредить болезнь, которая рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных условий и неправильного образа жизни. Особое внимание уделялось венерическим болезням, туберкулезу и алкоголизму, были созданы диспансеры для лечения и отслеживания условий жизни больных. Впервые приняла общенародный характер вакцинация и санитарно-гигиеническая пропаганда, которой уделялось огромное внимание как одному из средств предупреждения эпидемий и формирования здорового образа жизни. Открывались санатории, подчиненные Наркомздраву, и профсоюзные дома отдыха. Семашко включал в политику улучшение мест проживания и создание соответствующих жилищно-коммунальных условий, провозгласив конечной целью санитарной политики государства – борьбу с «жилищной нуждой беднейшего населения». Эта система превратила отдельного земского лекаря во врача стройной лечебно-профилактической сети. В 1928 году в РСФСР было уже 247 тысяч больничных коек, а в 1940 г. – 791 тысяча. С 1929 по 1938 гг. было организовано 24 новых медицинских института, и меньше чем за 20 лет численность врачей возросла с 70 до 155,3 тысяч. Именно Красная Россия стала первой страной в мире, предоставлявшей каждому жителю бесплатную медицинскую помощь, создавшей модель массового здравоохранения. Это сложная

система, и такой подход к здравоохранению получил высокую оценку в 1978 году на Международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ в Алма-Ате, где «модель Семашко» вызвала громадный интерес.

В тяжелые годы гражданской войны, блокады нашей страны империалистами, голода, разрухи, эпидемий советское здравоохранение выдерживало испытание: эпидемии были побеждены, санитарное благополучие населения быстро восстанавливалось. Но включить всю медицину в единую систему не удалось. Собственные медицинские учреждения сохранили: армия, железнодорожники, шахтеры и многие другие ведомства и номенклатура. Государственное здравоохранение было системой жесткой, пациенты были прикреплены к определенному врачу, к определенной больнице, не могли выбирать медицинское учреждение, что отрицало конкуренцию между ними и порождало застой и невнимание к нуждам пациентов. Главной проблемой советского здравоохранения было его хроническое недофинансирование, которое становилось все более заметным по мере усложнения и удорожания медицины. Все в большей степени выявлялось пренебрежение естественными, подробно изученными, всем специалистам известными, непреодолимыми законами экономики (напомним, что термин «экономика» предложил Аристотель за 2 300 лет до наших дней), которые нельзя, невозможно волюнтаристски приспособлять к политическим пертурбациям. На всех этапах своего развития экономика внимательно относилась к исследованиям хозяйственных процессов, связанных с медициной, и во второй половине XX века (50-х годах) оформилась наука – экономика здравоохранения. Проблемы медицины стали рассматриваться с точки зрения экономической эффективности организации и деятельности различных служб охраны здоровья, с целью получения желаемых результатов при наименьших материальных, финансовых, трудовых и прочих ресурсах, так как здравоохранение является ресурсоемкой отраслью хозяйства. Такая система в государстве, которая выделяла основные средства на оборону, а на здравоохранение – мизерные суммы, наименьшие, чем в любой развитой стране, долго существовать не могла. С начала 70-х годов шло постоянное снижение бюджетных средств, которое к концу 80-х не превышало 40 % от потребности. Большинство больниц нуждалось в капитальном ремонте, оборудование физически и морально было изношено. Низкая заработная плата медицинских работников не обеспечивала должной мотивации к труду. Укоренилась практика теневой оплаты пациентами услуг врачей. Пациенты сами были вынуждены доставать дефицитные препараты. Выяснялись первоочередные проблемы и предлагались неотложные меры, такие как переоснащение клиник, увеличение численности среднего и низшего медперсонала минимум на 40 %, формирование системы независимого контроля за действиями врачей, может быть, даже введение небольшой платы за обращение к врачу и за вызов его на дом. Эта плата не должна была покрывать стоимость услуги, но попусту к врачу бы не обращались. Необходимо было увеличение реальной зарплаты медикам минимум на 50 %. Все это подводило к мысли о необходимости создания частной медицины. Эти меры не были приняты. Система законсервировалась, и в 70-80-е годы прошлого века стало понятно, что она гибнет. Что делать дальше? В упомянутой выше книге Д. Д. Венедиктов пишет: «Мы в новой России до сих пор не можем достигнуть того уровня, что был в СССР. Система здравоохранения испытала финансовую ишемию. Сейчас уже все признают кризис здоровья и здравоохранения в стране. Но кто анализировал глубину этого кризиса? Где показатели величины падения, степени опасности? Есть ли резервы преодоления кризиса внутри самой системы или необходимы внешние воздействия? Система требует опережающего развития науки, а наша наука финансируется на 20 % от потребности. Научные школы практически разрушены, институты обнищали. И это тогда, когда медицинские и биологические исследования во всем мире вышли на первые позиции». Положение, описанное в книге Д. Д. Венедиктова более 10 лет назад, к лучшему не изменилось. Президент национальной медицинской палаты России Л. Рошаль в недав-

нем (2010) обращении к Президенту России говорит: «Российское здравоохранение задыхается от коррупции, нищенских зарплат, непродуманных законов, от недостатка квалифицированного персонала и зашкаливающей государственной бюрократии». Многие медики и экономисты видят один из выходов из кризиса в развертывании в России частной медицины. В 2008 году тогдашний кандидат в президенты России Д. Н. Медведев на съезде медиков в Красноярске сказал, что медицинская среда должна становиться конкурентной, что мы должны максимально способствовать тому, чтобы в эту сферу пришли и частные инвесторы, ибо это большой и перспективный бизнес. Опубликован проект федерального Закона «О здравоохранении в Российской Федерации». В Законе 157 статей, и статья 27-я содержит положение о том, что медицинские организации могут быть некоммерческими и коммерческими, и вторые являются унитарными предприятиями, основанными на праве хозяйственной деятельности. В мае 2012 года подписан Указ Президента России «О совершенствовании политики в сфере здравоохранения». В этом документе поставлены конкретные задачи по снижению смертности и заболеваемости, по улучшению социального обеспечения медиков. Остается надеяться, что эти высказывания власть предержащих и официальные правительственные документы будут способствовать выходу из кризиса. Первый Пироговский съезд врачей в 1995 году отметил резкое ухудшение здоровья населения и снижение даже прежнего уровня медико-санитарной помощи. В резолюции «О спасении и защите здоровья народа» Съезд заявил о необходимости ясной концепции и стратегии действий в здравоохранении. Этот призыв правительством услышан не был. Второй Пироговский съезд (1997) согласился «принять за основу разработанный Минздравом РФ и РАМН проект Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и предложить Правительству РФ и Минздраву РФ привлечь к завершению этой работы, с учетом замечаний и предложений делегатов Съезда, представителей и экспертов РМА и других медицинских ассоциаций, а также профсоюза работников здравоохранения». После нескольких узких обсуждений проект Концепции охраны здоровья народа до 2005 года был одобрен Правительством, но быстро забыт. Следующая попытка (уже по поручению Президента Д. А. Медведева) была сделана в течение 2008 года, но вновь стали поспешно принимать новые законы (об автономных учреждениях, о медицинском страховании, о здравоохранении РФ и другие). От опыта СССР, первым построившего научно обоснованную систему здравоохранения, ничего не было взято. 3-й Всероссийский Пироговский съезд врачей (1999) потребовал рассмотрения в 2000 году Правительством РФ и Советом Безопасности положения дел с охраной здоровья населения и принятия целевой программы «Здоровье для всех россиян» (в соответствии с принятой ВОЗ задачей «Здоровье для всех в XXI веке» и провозглашенными ООН «Целями (нового) тысячелетия»). На всех последующих Пироговских съездах врачей (2001, 2004, 2006 и 2010 гг.) все более остро поднимались вопросы о концепции здравоохранения, в которой наиболее важными элементами были: создание государственно-общественного управления здравоохранением в центре и на местах, разработка этического кодекса и «общественного договора» в здравоохранении. Это привело к конфронтации врачей и ученых с руководящими органами системы здравоохранения.

Ситуация ухудшается, недовольство населения растет. В России наметился промышленный рост, но кто будет работать на возрождающихся предприятиях, если страна ежегодно теряет от 700 до 900 тысяч человек? Родившихся в 1,7 раз меньше, чем умерших, в 41 субъекте РФ доля детей и подростков составляет менее 20 % населения. Снижение рождаемости обусловлено не только экономическими причинами (семьи не хотят заводить детей, которых боятся «не прокормить»), но и ухудшением здоровья женщин. По данным Минздрава, уже к моменту окончания школы 75 % девочек имеют хронические заболевания, растет число женщин, страдающих болезнями, которые снижают возможность родить здорового ребенка (анемия, болезни почек, сердечно-сосудистой и эндокринной системы). Средняя продолжи-

тельность жизни россиян ныне всего около 65 лет (у мужчин – 57–58 лет) и имеет тенденцию к снижению. По прогнозам, если ничего не изменится в сохранении здоровья населения, к 2020 году смертность российских мужчин будет самой высокой в мире («Врач». – 1998. – № 6). По другим данным, в следующие 30 лет общее снижение ожидаемой продолжительности жизни может составить более 10 лет для мужчин и около 9 лет для женщин. Через 30 лет на 1 000 мужчин в России будет 1 219 женщин («Профилактика заболеваний и укрепление здоровья». – 2005. – № 5). С 1992 года смертность выросла почти на 40 % и превышает рождаемость в 1,7 раза. Среди причин такого положения не в последней очереди резкое ухудшение медицинского обслуживания, нехватка медикаментов и оборудования, высокая стоимость лекарств, слабо обученный и деморализованный медперсонал. Вся статистика свидетельствует, что в стране демографическая катастрофа, и это констатирует само Министерство здравоохранения: «Демографическая ситуация в Российской Федерации пока еще остается неблагоприятной. Сокращение численности населения, начавшееся в 1992 году, продолжается. Ожидаемая продолжительность жизни на 6,5 лет меньше, чем в «новых» странах ЕС и на 12,5 лет меньше, чем в «старых» странах ЕС. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин составляет 13 лет. Смертность людей трудоспособного возраста главным образом мужчин, по сравнению с 1990 годом, возросла более чем на 40 %. В последние 16 лет заболеваемость населения Российской Федерации постоянно растет, что связано, с одной стороны, с ростом доли пожилого населения и с более эффективным выявлением заболеваний с помощью новых методов диагностики, а с другой стороны, с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. Например, отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. С 2000–2006 гг. этот показатель достиг 40 % от общего числа детей, родившихся живыми. Выше уже говорилось об особом значении в этом плане всемирного распространения алкоголизма. По данным ВОЗ, в мире около 140 миллионов людей, страдающих алкоголизмом, и большинство из них никак не лечится. В США только около 30 % населения сообщает о наличии эпизодов злоупотребления алкоголем в их жизни. Алкоголь – причина каждой 25-й смерти в мире. У мужчин риск начать регулярно злоупотреблять алкоголем – 15 %, риск стать алкоголиком – 10 %; у женщин этот риск еще выше.

Вернемся к попыткам реформировать медицинскую помощь в России, они начались с земской медицины. В 1890 году в России было зарегистрировано 12,5 тыс. врачей, из них на земской службе состояло 1818. Понятий «частная и платная медицина» не существовало, а было понятие «практика», которую имели приватные доктора и земские врачи. В конце 1880-х годов совокупный бюджет 34-х земских губерний империи составлял 37 миллионов рублей, из которых на земскую медицину тратилось более 8 миллионов – 21,8 %, что пропорционально современному финансированию здравоохранения в развитых странах, а оплата труда земского врача в среднем составляла 1315 рублей в месяц, что соответствует современному среднему уровню оплаты труда практикующего врача в США. В начале XX века началось формирование системы медицинского страхования, образовалась сеть губернских, уездных и окружных фондов медицинской помощи застрахованным. После революции в 1918 году, Н. А. Семашко и З. П. Соловьев обосновали государственную бесплатную и общедоступную систему здравоохранения, признанную передовой во всем мире, принятую позже в Англии и других странах. К сожалению, малообразованное партийно-бюрократическое руководство РСФСР не понимало роли здравоохранения как одного из ведущих рычагов социальной политики. Позиция власти по отношению к врачам, как и к другим российским интеллигентам, была агрессивной, поэтому большая и лучшая часть врачей либо уехала из России, либо была репрессирована. В первые годы советской власти, примерно до 1931 года, существовала Наркомздравовская (государственная) медицина и страховая (за счет отчислений от доходов предпринимателей в период НЭПа). С началом пятилеток, кол-

лективизации и индустриализации здравоохранение было отодвинуто на второй план, оставалось в рамках остаточного принципа финансирования, несовместимого с необходимым ее экстенсивным развитием. Росло число лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и медицинских учебных заведений, увеличивалась численность медицинских работников, а ресурсов было недостаточно, не хватало современного оборудования и лекарств. Продолжались репрессии против врачей. Без оснований был расстрелян нарком здравоохранения Г. Н. Каминский, репрессированы известные врачи Д. Д. Плетнев и Л. Г. Левин. С началом Великой Отечественной войны советские медики проявили массовый героизм, сохранили жизнь и вернули в строй более 72 % раненых, но после войны на медицину шел по-прежнему лишь небольшой остаток бюджета – 2,5 % ВВП, продолжалось ее экстенсивное развитие без необходимого качества.

Страшное, надуманное и незаконное преследование – «дело» врачей 1953 года – только случайно (со смертью Сталина) не привело к деградации всего советского здравоохранения. Основные показатели здоровья населения СССР оставались низкими. В 1988 г. Министр здравоохранения Е. И. Чазов с болью говорил о том, что по уровню детской смертности мы находимся на 50-м месте в мире, после Маврикия и Барбадоса, а по продолжительности жизни занимаем 35-е место в мире. Были попытки по переходу на интенсивный путь развития – создание крупных многопрофильных больниц, первичная специализация в интернатуре. Но основным осталось экстенсивное развитие – в СССР было больше, чем везде, больничных коек и врачей, но не было внедрения в медицину достижений науки и техники, не было необходимого увеличения социальных ресурсов. И постсоветская перестройка не привела к успеху. Развитие медицинской науки и образования оказались на грани кризиса, уровень здоровья населения снизился до крайних пределов: в 90-х годах смертность существенно превысила рождаемость, наступила депопуляция, возросла инфекционная заболеваемость. Назрело реформирование, которое пошло по пути монополизации государственной системы и создания бюджетно-страховой медицины, а по сути: пришлось обратиться к обязательному медицинскому страхованию, как это было в период НЭПа. Но в противоположность тому опыту было неправомерно объединено обязательное и добровольное, т. е. частное коммерческое страхование, и неправомерно введены платные услуги в государственных ЛПУ. Остается принцип остаточного финансирования здравоохранения: на медицинское страхование у нас идет 3,6 % от фонда оплаты труда, тогда как во Франции – 19 %, в Германии – 13 %. В цивилизованной стране на здравоохранение в бюджете должно отводиться не менее 6–7 % от ВВП, т. е. значительно больше, чем у нас сегодня. В мире становится все больше сторонников сокращения роли государственного участия в здравоохранении, внесения в систему элементов конкуренции и принципов «разумной достаточности». Нынешние 8 % ВВП, которые, по данным Всемирного банка, в среднем тратят на здравоохранение государства ЕС, к 2030 году превратятся уже в 14 %. США в 1980 году на нужды здравоохранения тратили 253 млрд долларов, в 1990 – уже 714 млрд, а в 2008 – 2,3 триллиона долларов. В общем, денег на здравоохранение нужно будет значительно больше, чем государствам удастся собрать с помощью налогов и страховых программ.

Медицина в принципе всегда платная, разная только форма оплаты. В Талмуде сказано: «Врач, который не берет плату, не заслуживает ее». Одно дело – официальная, регламентированная прейскурантная цена медицинских услуг, которые оплачиваются самими больными, страховыми компаниями («больничные кассы») или государством, и совершенно другое, когда пациент сует в карман халата врачу или медсестре конверт с деньгами, в надежде на более благоприятный исход лечения, на более квалифицированную операцию, уход и др. Второй способ, к сожалению, широко принятый у нас, во многом из-за мизерной зарплаты медиков, представляется и больным, и самим медикам недостойным. Первый более или менее приемлемый законопроект о частной медицине в Российской Федерации

был разработан в 1995 году, но законом так и не стал. Мировой опыт свидетельствует, что реформы в здравоохранении могут быть успешными только в том случае, когда в центре этих реформ находится сам потребитель медицинских услуг, вокруг которого должна выстраиваться вся инфраструктура здравоохранения, обеспечивающая полное удовлетворение его нужд, потребностей и запросов. В нашей стране реформы здравоохранения как ранее, так и сегодня ориентированы преимущественно на изменение системы финансирования медицинских учреждений. Появление и неконтролируемое нарастание платных медицинских услуг в государственно-муниципальных учреждениях здравоохранения запустило механизм скрытой коммерциализации госсектора отрасли: врач одновременно выступает в роли и производителя, и продавца услуг. Больной не знает действительно необходимых услуг, их истинную цену, он нередко оплачивает ненужные дополнительные консультации, исследования, длительное пребывание в стационаре. К примеру, частота назначений дорогого КТ исследования у нас почти в 3 раза выше, чем в европейских странах. На сегодняшний день общее количество структур и участников частного медицинского сектора государственных лечебных учреждений составляет более 45 тысяч единиц (по данным регистрации органов налоговой службы России), отмечается тенденция к сокращению государственной доли собственности в здравоохранении. Стали появляться и полностью частные клиники. На первоначальном этапе развития они в основном заполняли те ниши на рынке медицинских услуг, которые недостаточно представлены субъектами государственно-муниципальной медицины и/или наиболее востребованы населением: стоматология, косметология, урология, гинекология, ультразвуковая диагностика.

Частные клиники изначально находятся в неравных условиях: государственные медицинские учреждения формируют цены на услуги, не закладывая в калькуляцию главные статьи расходов, а именно: аренду помещений, закупку оборудования, зарплату медперсонала, планируемую прибыль. Возникает демпинговая цена, особенно на сложные виды диагностики и лечения, что сдерживает развитие в частной медицине кардиохирургии, нейрохирургии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии и многих других видов медицинской помощи. Но зато коммерческие медицинские центры лучше управляются, быстрее осваивают новые технологии и оперативно создают различные программные продукты для удобства пациента, они ориентированы на запросы пациентов. Врачи частных клиник участвуют в маркетинговых действиях своей компании. В общем, частная медицина – важная часть любой национальной системы здравоохранения, и в ее развитии должно быть заинтересовано не только общество, но и государство. От их позиции во многом зависит, каким будет завтрашний день как самой приватной медицины России, так и всего здравоохранения страны. Выше говорилось, что плановая бюджетная система здравоохранения, которую на Западе называют моделью Семашко, состояла в обеспечении равного доступа к услугам здравоохранения всего населения. Так или иначе, при всех различиях в показателях здоровья населения, особенно сельского, эта идея проводилась в жизнь. Экономический кризис конца 80-х годов разрушил бюджетное финансирование здравоохранения России, и в 1991 году был принят Закон «О медицинском страховании граждан в РФ» – страховые компании оплачивают больницам и поликлиникам стоимость оказанной населению медицинской помощи. Предприятия и организации должны отчислять 3,6 % от фонда оплаты труда за работающее население, а местные органы власти за неработающее, т. е. государство переложило груз расходов по охране здоровья граждан на работодателей. Реформа для простого человека выразилась только в появлении страхового полиса, что не улучшило доступность и качество медицинских услуг. Осталась низкая оплата труда врачей и неофициальная плата врачам. Закон 1991 года разрешает платные услуги в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, что нарушает статью 41 Конституции РФ, гарантирующую бесплатную государственную медицинскую помощь.

В 2011 году принят новый закон об обязательном медицинском страховании (ОМС). Теперь больной сам может решать, где и у кого лечиться и страховаться, вне зависимости от региона проживания. Устанавливается одинаковый для всех регионов минимальный размер платежа за неработающее население, вводится тариф оплаты медицинских услуг, и в систему ОМС может войти медицинская организация любой формы собственности, если она соглашается работать по тарифам фонда. Но тарифы ОМС настолько меньше практической стоимости любой медицинской услуги, что ни одна частная клиника просто не может этого принять, ибо сразу же обанкротится. С 2015 года все граждане России смогут по своему полису ОМС лечиться в любой больнице, включая частные. Но каковы государственные тарифы ОМС? Прием терапевта по госрасценкам определен в 65 рублей, кардиолога – 70 рублей, гастроэнтеролога – 73 рубля и т. д. На руки при этом врач получит 25–30 %. По таким тарифам работать невозможно. Дело в том, что нормального медицинского страхования у нас нет. На ОМС идет 5 % от фонда оплаты труда, что крайне мало. Страховая медицина начнет работать только тогда, когда в ней появятся реальные деньги, а пока высокотехнологичные государственные клиники работают по квотам, за которые пациентам во многих случаях все равно приходится платить. Многие эксперты считают, что в правильном направлении движутся страны, сокращающие роль государственного здравоохранения с его бюрократизмом и отсутствием элементов конкуренции. Роль сильной государственной медицины никто не отрицает. Государство должно гарантировать своему гражданину, что не бросит его в беде. Частная медицина предлагает дополнительно только повышенную комфортность, и только за это пациент платит из своего кармана, а уровень самой медицины в частной клинике тот же. На Западе в частных больницах работают врачи из государственных клиник и только после того, как полдня отдают основной работе. В государственной медицине России ныне не хватает 150 тысяч врачей и 800 тысяч фельдшеров и медсестер. Выпускники медвузов не хотят работать за нищенскую зарплату. Если в крупных городах сейчас врач получает более или менее приличные деньги (25–30 тысяч рублей), то стартовая зарплата специалиста – 4,5–5 тысяч. Для достойной оплаты труда наших медиков нужно около 2,5–3-х миллиардов рублей, что сопоставимо со стоимостью всего двух атомных подводных лодок. Но кто будет служить на этих лодках? Если не преодолеть названные выше отрицательные тенденции развития российского здравоохранения, то состояние народонаселения в стране станет критическим.

В последние годы во многих регионах страны строятся высокотехнологичные медицинские центры, в одной только Москве на это потрачено более 23-х миллиардов рублей, и часто выясняется нерациональность этих затрат: закупки нередко осуществляются по завышенным ценам, на сложной новой аппаратуре некому работать. По официальным данным Генпрокуратуры, в течение 3-х последних лет при закупке компьютерных томографов украдено около 3-х миллиардов рублей. Нам просто не нужно столько дорогостоящей техники, не нужно ее завозить в больницы, где ее не могут быстро освоить. Здесь со всей остротой возникает проблема качества нашего медицинского образования. Обучение врача в США, включая последипломную резидентуру, длится 13 лет, т. е. врач может работать самостоятельно только к 31–32 годам, но зато уровень его подготовки таков, что ему можно доверить самых сложных больных. И в США едут учиться врачи со всего мира. Мало того, американский врач каждые 5 лет должен подтверждать лицензию и право на работу, вроде бы, как и у нас, но каждый наш врач хорошо знает, в какую формальность превращается у нас последипломное образование и подтверждение лицензии. В каждой стране свои особенности здравоохранения, связанные с национальными традициями, образом жизни, питанием, климатом. Так, в Японии основной упор сделан на профилактику болезней: регулярные бесплатные осмотры детских коллективов, массовая иммунизация, огромная сеть оздоровительных салонов, пропаганда физкультуры и здорового питания – все это привело к достоверно меньшему числу

больничных коек и к самому большому в мире числу долгожителей (в Японии более 40 тысяч людей в возрасте 100 и более лет). Мировая тенденция к приоритету профилактики над лечением, к превалированию амбулаторного лечения над стационарным – ныне очевидна. Об этом подробнее ниже.

Еще одно предложение – создание системы «врачей общей практики» (ВОП), института «семейного доктора». Эта форма медицинского обслуживания населения во многих развитых странах внедрена давно и функционирует успешно. Определена оптимальная численность контингента пациентов на одного семейного врача: в Финляндии за ВОП закрепляется 1 500-2 300, в Дании, Великобритании более 1 800, в США от 1 800 до 2 000 человек. В США семейный врач – основная единица в системе здравоохранения. Все эти предложения заслуживают серьезного обсуждения. В России четких представлений о полезности той или иной системы здравоохранения пока нет. Новые правила предоставления гражданам России платных медицинских услуг, утвержденные Правительством в октябре 2012 года, только подтверждают необходимость давно назревшей реорганизации медицинской помощи населению страны, и в этой рождающейся системе частная медицина должна занять свое место.

Глава 2

Биоэтика. Врачебные ошибки.

Доказательная медицина

В медицине, как ни в какой другой сфере деятельности человека, высока роль этики – философской дисциплины, изучающей мораль и нравственность (от греческого «ethos» – привычка, мораль, обычай, нрав, характер). В основе врачебной профессии лежат (должны лежать) благородные этические принципы. Врачебная медицинская этика, а шире – биоэтика (этика жизни), постоянно находится в центре интересов общества. С одной стороны, это проблемы отношений врач – пациент, а с другой, – это ряд социальных проблем, связанных с системами здравоохранения, т. е. с общественными структурами, разными в разных странах. Нормы и принципы медицинской этики первоначально были закреплены в «Клятве Гиппократ», которая стала отправной точкой для создания других профессионально-моральных медицинских кодексов. В трудах Гиппократ (V–IV вв. до н. э.) по медицинской деонтологии („Клятва“, „Наставления“, „Об искусстве“, „О враче“) содержатся предписания, обязательные для врача. Важнейшие заповеди Гиппократ: запрет на эвтаназию и, с другой стороны, на бессмысленные, с точки зрения медицинского искусства, попытки лечить умирающих; запрет на искусственный аборт; врачебная тайна; осторожное информирование пациента, допускающее его дезинформирование; корректное отношение к коллегам, при необходимости консультирование с коллегами; разоблачение лжеврачей, медицинских шарлатанов – вот заповеди этики Гиппократ. «Клятва Гиппократ» – это программа корпоративной медицинской этики, действенная до сих пор. Современный вариант «Клятвы Гиппократ» – Женевская декларация Всемирной медицинской ассоциации – в 1947 году подтвердила основополагающую роль гуманистического идеала в медицине и стала моральной гарантией независимости медицинской профессии от политических режимов и идеологического диктата. Этот постулат очень важен. Этика врача, в какой бы стране и при каком бы политическом режиме он ни работал, должна быть одинакова – предупреждение заболеваний и помощь любому больному человеку. Помощь одинаковая, объем которой зависит только от знаний врача, от его практических на данный момент возможностей и не зависит от материального положения пациента.

Как сказано выше, «здоровье» – это не только отсутствие болезни, а состояние соматического, психического и социального благополучия. Термин «здоровье» в настоящее время часто заменяется формулой «качество жизни», в которую входит физическое состояние, связанное с воздействием внешнего мира – быта, учебы, работы, семьи. Это, на наш взгляд, логично и облегчает оценку усилий по сохранению и продлению здоровой жизни. Выше говорилось о праве на здоровье, таком же неотъемлемом для человека, как право на труд, отдых, свободное передвижение и другие права. Отсюда право на здравоохранение и особое отношение к хранителю этого права – к врачу, в работе которого в ежедневном общении с больным человеком и его родственниками постоянно возникают этические проблемы. Часть медицинской этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, именуется деонтологией (от греч. «deon, deontos» – долг, «logos» – учение). Это учение о поведении медицинских работников, способствующем созданию наиболее благоприятной обстановки для выздоровления больного. Непосредственное общение врача с больным, благожелательность доктора, его внимательное отношение к жалобам пациента, именно данного пациента, – были и остаются важными элементами врачевания. В последние годы с появлением телемедицины, компьютеризацией медицинской информации, с внедрением в диагностику сложных инструментальных и аппаратных

методик, роботов – общение врача с больными становится как бы менее необходимым. Это не так. Это ведет к врачебным ошибкам, которых, при всей модернизации медицины, меньше не становится. Врачебная этика должна быть по-прежнему важной частью медицинской практики. Права пациента требуют юридического и морального регулирования, и моральные проблемы, встающие перед врачом, ныне, как никогда ранее, обострены. Допустимость пересадки органов, абортов, эвтаназии и другие этические проблемы встают перед общественностью, и на них в первую очередь должен отвечать врач. В философском аспекте биоэтика – это осознание жизни как фундаментальной ценности, это „живая этика“ – взаимная солидарность, милосердие и справедливость (Н. К. Рерих). В названной выше Женевской декларации и других документах провозглашается независимость медицины от социальных и политических режимов и догм, но в конкретных ситуациях (казусах), часто сложных и неоднозначных, требуются знания международных законодательных актов, правил различных религиозных конфессий и так далее. Основные положения биоэтики изложены в книге «Медицина и права человека: нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали» (М. 1992, пер. с франц.). Неоценимую роль в развитии медицинской деонтологии, как сказано выше, сыграл Гиппократ. Ему принадлежат максимы: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не вредить», «Врач-философ подобен богу». «Клятва Гиппократа» пережила века, и дополнения к ней прозвучали только дважды – II Международный деонтологический конгресс (Париж, 1967) счел возможным рекомендовать дополнить клятву фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь!», и III Международный конгресс «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» (1983) внес предложение дополнить ее пунктом, обязывающим медиков бороться против ядерной катастрофы. Отметим, что и традиционные христианские ценности милосердия, любви и сострадания, принципы «делай добро», «твори любовь» – также воплощаются в основных понятиях медицины.

После Гиппократа деонтологические принципы получили дальнейшее развитие в работах Асклепиада, Цельса, Галена и других. В период средневековья разработкой вопросов должного отношения врача к больному занимались представители Салернской медицинской школы, называемой Гиппократовой общиной. В трудах Авла Корнелия Цельса (Celsus, ок. 25 до н. э. – ок. 50 н. э.), древнеримского ученого-энциклопедиста («Римский Гиппократ»), изложены сведения по гигиене, диететике, патологии, терапии и хирургии, заимствованные, по-видимому, из сочинений древнегреческих медиков (Герофила, Эрасистрата и др.). Цельс разрабатывал научную медицинскую терминологию, описал 4 признака воспаления: покраснение, припухлость, жар и боль, указал, что пульс – недостаточный показатель состояния здоровья, поскольку зависит от пола, возраста и телосложения пациентов. Цельс оставил полноценное описание малярии, предложил дробление камней в мочевом пузыре, описал пластические операции по восстановлению носа, губ и ушей, перечислил методы остановки кровотечений и способы перевязки кровеносных сосудов.

Следующий вклад внес Филипп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенхейм (1493–1541) – выдающийся реформатор медицины, более известный как Парацельс («восходящий к Цельсу»). Он высказался за возвращение хирургии в лоно медицины (в то время хирургов не считали врачами, а приравнивали к ремесленникам), но главное – Парацельс впервые писал о врачебной этике. Круговой поруке, царившей тогда в медицинском мире, он противопоставил другие принципы: «врач должен денно и ночью думать о своем больном»; «врач не смеет быть лицемером, мучителем, лжецом, легкомысленным, но должен быть праведным человеком»; «сила врача – в его сердце, работа его должна руководиться Богом и освещаться естественным светом и опытностью»; «величайшая основа лекарства – любовь».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.