

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева
НАМН Украины»

**Безруков В.В., Войтенко В.П.,
Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М.**

РЕФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНЫ
*Украина в мировом и европейском
контексте*

Научно-публицистическое издание



Киев - 2015

ББК 844 УКР6
В65

Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г., Писарук А.В., Кошель Н.М. Реформирование медицины. Украина в мировом и европейском контексте. - 141 с., табл. 7. рис. 6.

Книга посвящена острым проблемам медицины. Представлен обзор систем здравоохранения в 10 ведущих стран Мира. Проанализирована связь средней продолжительности жизни с показателями здравоохранения 40 стран Европы. Установлена связь продолжительности жизни с финансированием здравоохранения. Показано, что продолжительность жизни не зависит от количества больниц, числа врачей, числа амбулаторных приемов и среднего времени пребывания больных в стационаре. В странах с высокой смертностью достаточно больниц и врачей, но эффективность медицины низкая. Моделирование связи продолжительности жизни и затрат на медицину показало, что для достижения среднеевропейского уровня необходимо увеличить затраты на медицину в Украине в 3 раза.

Проанализировано настоящее состояние системы здравоохранения в Украине, раскрыты наиболее серьезные препятствия на пути его развития и рассмотрены подходы к реформированию медицины.

Книга предназначена для организаторов здравоохранения, демографов, научных работников, врачей.

ISBN

© Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г.,
Писарук А.В., Кошель Н.М., 2015
© ООО "Феникс", 2015

Вступление

Состояние дел в системе здравоохранения Украины близкое к катастрофическому. Продолжительность жизни в нашей стране в среднем на 10–12 лет меньше, чем в развитых странах Европы. В 2013 г. наша страна вышла на второе место в мире по смертности.

По результатам социологических опросов, 87% украинцев недовольны качеством медицинских услуг. Около 40% всех расходов на медицину в Украине оплачивает пациент из своего кармана. Каждый второй украинец не обращается за медицинской помощью из-за отсутствия средств на лечение. И это в государстве, где бесплатная медицина является конституционной. Такого нет нигде в Европе. Большинство денег, которые мы тратим на медицину, идут на содержание одной из крупнейших сетей больниц в Европе, но при этом мы на последнем месте по количеству денег, которые тратит государство из бюджета на каждого пациента. В Германии в четыре раза меньше больниц, чем в Украине, однако расходы на каждого пациента почти в 20 раз выше.

В Украине самая низкая зарплата врача в мире – около \$100 в государственном секторе. Мы по-прежнему живем в соответствии со сталинским принципом: хорошего врача народ прокормит, а плохих нам не надо. У нас в стране практически не преследуются поборы в медицине. Поэтому доходы некоторых категорий врачей составляют несколько тысяч долларов. Оплачивает лечение больной из своего кармана. Стоит современное, эффективное лечение очень дорого, поэтому большинству людей недоступно. Разговоры об обязательном медицинском страховании, когда богатые и здоровые платят за бедных и больных, ведутся уже много лет, но «воз и ныне там».

Во Всемирном банке считают реформу здравоохранения наиболее приоритетной в рамках реформирования страны и готовы поддерживать Украину в ее попытках перестроить систему. Новый проект

"Улучшение здравоохранения на службе людей", поддерживаемый займом Всемирного банка на 215 млн. долл. США, поможет начать работу по улучшению медицинских услуг.

Г-н директор Всемирного банка, разумеется, осведомлен о том, что соблюдение базовых принципов организации медицины (которые предстоит освоить Украине) в развитых странах является одной из предпосылок увеличения СПЖ, а также увеличения числа лет здоровой жизни. Речь идет о годах, не отягощенных грубой нозологией и ее разнообразными последствиями (включая большие оперативные вмешательства, массивную и длительную фармакотерапию, сиделок, хосписы и дискуссии об эвтаназии). Однако киевский профессор – назовем его доктор Икс – вкратце изложив взгляды нынешнего министра здравоохранения («западная коммерческая модель медицины»), отвергает любые успехи в любой стране, связанные с любыми реформами здравоохранения. Причиной являются противоречия в биологической и социальной эволюции человека, провоцирующие популяционное снижение количества здоровья (жизнеспособности). Заметив, что книгу под названием «Здоровье здоровых» один из нас написал, можно сказать, в незапамятные времена, вернемся к изысканиям доктора Икс – человека малокомпетентного в той сфере, о которой берется судить. Вот как выглядит пунктир эксплуатируемых им терминов: энергетический ресурс; живое вещество; антиэнтропийные механизмы, полифуркационная фаза эволюции; экспоненциальная кривая; грандиозный фазовый переход; сингулярность; термодинамическое равновесие; «нами сформулирована термодинамическая концепция здоровья»; митохондриальная недостаточность... По отдельности все эти термины имеют свой смысл, но в чем же выгода от их насильственного кучкования? Доктор Икс издал за рубежом три монографии (во внеучебных издательствах), а вот «НАМН в лице двух академиков [...] всячески препятствует развитию описанного научного направления. Если это некомпетентность, пусть читают книги, если же злой умысел – необходимы более радикальные меры». Круто! Но самое смешное в том, что призыв «переходить от управления болезнью к управлению здоровьем» не расшифрован. Если имеется в виду образ жизни, алкоголизм, курение, экологические факторы, это правильно, но банально, а главное – не может быть усилено с помощью околонуучной риторики. Если за ней стоит возможность каких-то реальных действий, почему о них ни слова?

Этой публикации мы посвятили два десятка строк потому, что в неизменном виде доктор Икс засылает ее в СМИ многожды. Дело не в ней самой, а в попытке **отрицать необходимость реформ здравоохранения для нас и их эффективность в развитых странах мира.** Заметим также, что Нобелевский лауреат И. Пригожин (термодинамика) не брался судить о медицинских проблемах.

Скрытое сопротивление реформам имеет место в медицинских кругах. Большинство руководителей здравоохранения, которые на словах за самостоятельность, бояться не справиться с новыми обязанностями – в особенности потому, что не обладают соответствующей подготовкой. Органы управления здравоохранением не хотят выпускать из рук рычаги своей власти. Медицинское сообщество в целом заинтересовано в восстановлении профессионального престижа и в достойной оплате труда со стороны государства, но единого мнения о реформах в обществе нет. Многие врачи предпочли бы сохранить тот порядок, который обеспечивает большие неофициальные доходы.

Для отдельного пациента все возможности медицины исчерпываются конкретным врачом. В таком контексте мы позволим себе процитировать автора широко известного сочинения на разнообразные общественные темы; здравоохранение входит в их число. Хотя цитируемые куплеты есть составной частью целого, каждый из них отражает отдельную проблему здравоохранения. Речь идет о сакраментальном четырехугольнике «больной – врач – лекарство – деньги».

1. Лукавый врач лекарство ищет, // Чтоб тетке сторожа помочь... Лекарства нет; в кулак он свищет, // А на дворе давно уж ночь.

2. Меж тем в горячке тетка бредит, // Горячкой тетушка больна... // Лукавый медик все не едет, // Вотще лекарства ждёт она!..

3. Как вдруг раздался из передней // Звонок поспешный: динь-динь-динь! // «Приехать бы тебе намедни!» // «А что?» — «Уж тетушке аминь!»

4. «Помочь старухе нету средства, — // Так злобный медик говорит, — // Осталось ли у ней наследство? // Кто мне заплатит за визит?»

5. «И что ж? Врачу ведь заплатили: // Отдали ваточный салон. // Старуху мертвую отмыли, // Забили в деревянный гроб».

Козьма Прутков (1876) – коллективный автор-сатирик; сегодня он мог бы стать достойным экспертом любой реформаторской комис-

сии, руководствуясь принципом: бесплатной бывает медицина, но не лечение, — за него всегда кто-то платит.

Реформу здравоохранения включили в число первоочередных не потому, что уже есть четкая программа действий, не потому, что проанализированы ошибки и успехи в четырех пилотных регионах, на которые потрачены миллионы, а скорее потому, что тема очень болезненна. Времени на тщательную подготовку нет, зато представлен интересный проект на сайте Министерства здравоохранения.

Для участия в подготовке документа приглашали всех желающих. Поступило более сотни резюме, из которых выбрали 12. В число экспертов попал и Александр Квиташвили, который через несколько месяцев стал министром здравоохранения Украины.

Радует, что для разработки стратегии пригласили отечественных и международных экспертов, а также представителей пациентской организации. Однако медицинское сообщество обеспокоено тем, что среди 12 авторов нет ни одного специалиста, имеющего успешный опыт практической работы в медицине, научные достижения, знание системы здравоохранения от сельской больницы до современного медицинского центра и т.п. Менеджеры проекта провели несколько встреч в столице, планируются аналогичные мероприятия в областных центрах. Киевские врачи, работающие в бюджетной сфере, выпали из поля зрения — встречи проводились прежде всего с представителями частных медицинских учреждений, фармбизнеса, частных страховых компаний. Медики столицы вместе с профсоюзными, общественными и пациентскими организациями проводят свое обсуждение проекта стратегии.

"За последние десять лет я перечитал множество разных проектов, дорожных карт и программ реформирования, — говорит глава Международного фонда помощи больным. — В тексте о стратегии новой медицины на каждом шагу наталкиваешься на фразы из старых документов, которые много обещали, но мало изменили». Среди главных причин, вынудивших людей выйти на Майдан, как правило, называли и кризисную ситуацию в медицине. Кто-то это ставил на первое место — потому что не может обеспечить лечение и операцию своему ребенку или маме, кто-то сначала называл коррупцию, продажность судов, а уже потом жаловался на медицину. Может ли обсуждаемый документ изменить к лучшему ситуацию в медицине? Ка-

ждая строка проекта имеет номер, но это не помогает лучше понять текст, где на каждом шагу профессиональные ошибки и неточности.

"В проекте стратегии невозможно найти ответы на ключевые вопросы, которые беспокоят медицинское сообщество, — нарекает глава Киевского профсоюза медицинских работников. — Когда начинаешь какую-либо реформу, необходимо выяснить, а что с кадрами? Кто и как будет реализовать стратегию и тактику, если в столице большой дефицит кадров не только на первичном уровне — среди семейных врачей, участковых терапевтов, педиатров, но и среди фтизиатров, инфекционистов и т.п. В учреждениях, подчиненных департаменту здравоохранения КГГА, не хватает более 3500 врачей и 5500 медсестер. Стратегия ориентирована на переход к частной медицине. Но мы там не видим просчитанных позитивов и негативов. Неизвестно, какие риски возникнут, как это повлияет на доступность медпомощи в столице, которая к тому же приняла десятки тысяч вынужденных беженцев из Крыма и Донбасса. Ни единого слова о медпомощи мирным жителям, проживающим в зоне АТО на территориях, подконтрольных Украине. Без внимания остались здоровье матери и ребенка, приоритетное развитие интенсивной, неотложной помощи и реабилитации, нет данных о развитии военной медицины, что чрезвычайно важно в условиях военного противостояния".

В своем отчете за 1999 г. Главное управление здравоохранения Киевской городской администрации опубликовало анализ актов ревизии в лечебно-профилактических учреждениях столицы. Речь идет о 13 видах нарушений; капля океанской воды содержит те же соли, что и океан, Киев отражает всю Украину, а именно:

1. витрати бюджетних коштів не за призначенням (у 33 закладах);
2. занижена облікова вартість основних засобів, фіктивне зарахування їх до малоцінних предметів (у 4 закладах);
3. завищена балансова вартість основних фондів (у 4 закладах);
4. неврахування орендної плати за використання приміщень (у 2 закладах);
5. завищення ціни на будматеріали та обсяги робіт по капітальному ремонту (в 3 закладах);
6. у річних звітах відсутня інформація про надходження бюджетних асигнувань (1 територіальне медичне об'єднання, сума 2,64 млн. грн.);

7. проведення необґрунтованих, фіктивних взаємозаліків по заборгованості за електроенергію (в 2 закладах);

9. неповне врахування основних бюджетних платежів (у 5 закладах);

10. укладення угод на прання білизни за завищеними тарифами (в 2 закладах);

11. придбання харчових продуктів за свідомо завищеними цінами (1 заклад);

12. використання не за призначенням бюджетних коштів, виділених на капітальний ремонт;

13. свідоме порушення порядку оцінки матеріальних запасів (1 територіальне медичне об'єднання, сума 56,6 тис. грн.).

Главное управление киевского здравоохранения провело также интересный анализ качества медицинских услуг. Типичными признаками такие недостатки:

I. орієнтація на функціонування мед закладу, а не пацієнта;

II. функціональний, а не цільовий підхід до управління якістю;

III. відсутність управління структурою системи якості;

IV. неконструктивність і нетехнологічність методів управління якістю і засобів їх реалізації;

V. наявність в системі охорони здоров'я застарілих нормативів, інструкцій, вказівок, які являються гальмом для підвищення якості роботи.

Вопреки отмеченным недостаткам, отчет заканчивается бодро:

«Система охорони здоров'я столиці України, як особлива галузь народного господарства міста, сьогодні зберігає свою інфраструктуру, притаманні їй традиційні напрямки діяльності, свій авторитет та своє місце в соціальному житті міста. Незважаючи на вкрай тяжкі умови функціонування, її діяльність підтримується за рахунок зусиль міста, високої громадської відповідальності та професійного обов'язку медичних працівників, постійного пошуку шляхів вирішення додаткових та альтернативних джерел фінансової підтримки, застосування різноманітних механізмів адаптації до сучасних соціально-економічних умов».

Анализируя этот материал, следует принимать во внимание, что все хозяйственники (в частности главврачи) еще в советские времена приобрели привычку нарушать законы государства и ведомственные инструкции (ради сохранения удовлетворительного состояния в боль-

нице или поликлинике и карьерного роста). Прежде царствовал «лимит» – перечень того, что позволено купить на бюджетные деньги, на его место выпрыгнуло бюджетное безденежье. Честный хозяйственник, вынужденный обманывать государство, начинал потихоньку воровать, ориентируясь на лозунг «все равно всего на всех не хватит». К тому же в природе есть нечестные хозяйственники, всегда стремящиеся к сомнительным сделкам.

Старый отчет о состоянии дел в киевской медицине отразил практически все, что можно сказать о ее скрытой части – следовательно и то, что должно быть устранено в процессе реформы здравоохранения. В отчете городского управления формально не затрагиваются злоупотребления властью и тихое воровство в высших управленческих сферах, но министерские начальники выросли из городских.

Реформа здравоохранения в Украине должна принципиально отличаться от новаторских шагов, предпринимаемых медиками многих стран, не только переносом внимания с койки на пациента, но прежде всего перекрытием каналов для мелкого и крупного воровства. В таком контексте немаловажными являются данные о стартовых зарплатах врачей в разных странах на 2013 год (рисунок), Украина на втором месте после Грузии. Не будем касаться покупательного потенциала этих заработков, но демонстративным есть отсутствие данных о привязке оплаты труда к количеству и качеству предоставляемых услуг, измеряемых их эффективностью. Смысл реформ – поиск механизмов такой привязки.

В бюджете этого года урезано финансирование государственных программ, которые обеспечивали лечение больных тяжелыми заболеваниями — такими как сахарный диабет, рак, гемофилия, вирусные гепатиты, туберкулез и т.п. Доступность медпомощи для таких людей — вопрос жизни и смерти. После бесед в Министерстве здравоохранения складывается впечатление, что государство вскоре откажется от финансирования целевых программ. К этому вынуждает экономическая ситуация, а также новые приоритеты, изложенные в стратегии. "Система, — указано в проекте, — будет базироваться на доверии, диалоге и взаимном уважении всех участников, и эффективность всей системы в конечном виде будет зависеть от качества их взаимодействия". Впишутся ли в эти гармоничные отношения пациенты, которые рассчитывают на помощь и поддержку государства?

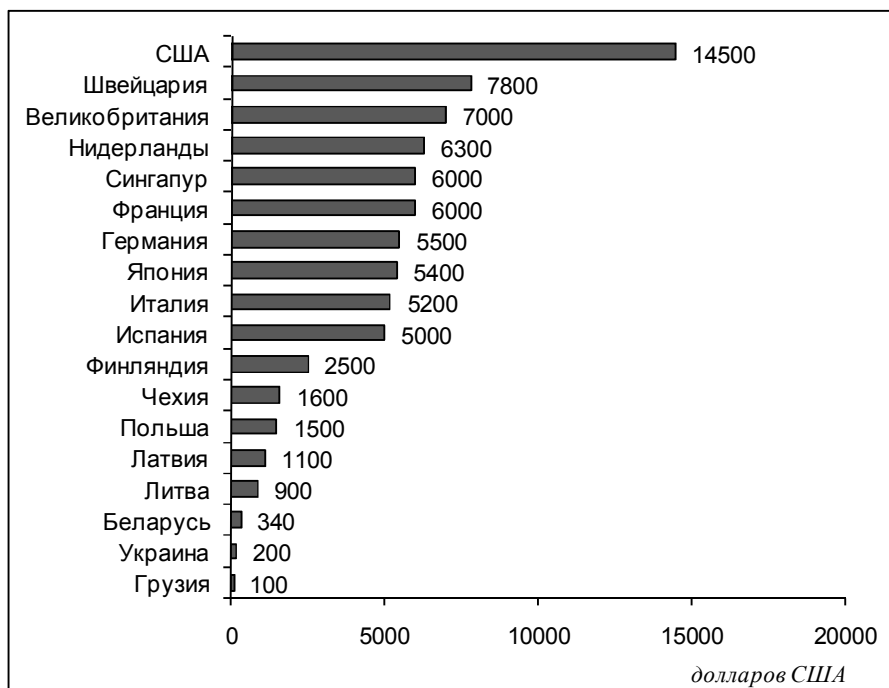


Рисунок. "Стартовые" зарплаты врачей в разных странах, \$ США (Источник: журнал "Биржевой лидер", 2013 г.)

О поддержке проекта стратегии можно говорить при условии кардинальной доработки этого документа. Правительство должно не только написать на бумаге об усилении социальной справедливости, повышении устойчивости системы здравоохранения к внешним влияниям, но и подготовить такой план действий, который хотя бы в отдаленной перспективе позволит их достичь. Текст стратегии содержит много положений, требующих детального обсуждения. Интересно узнать мнение экспертов об одном из выводов проекта: "Несмотря на бесчисленное количество медицинских учреждений, общественное здоровье в Украине живет в магматическом, нефокусированном хаосе; например, разные регуляторные и технические документы произвольно описывают мониторинг состояния здоровья населения". При

подготовке проекта стратегии авторы не учли ряд международных обязательств Украины в сфере защиты прав человека и международных стандартов, а также заключений Европейского комитета по социальным правам в 2009 и 2014 гг. К сожалению, у стратегии в предлагаемом варианте мало общего с реализацией права на жизнь, закрепленного в ст. 2 Европейской конвенции прав человека и права на охрану здоровья, закрепленного в ст. 11 Европейской социальной хартии.

Если говорить о зарубежном опыте, то важнейшим этапом реформы в Грузии была передача государством медучреждений в частные руки после проведения тендеров. В ведении государства осталось лечение инфекционных заболеваний, туберкулеза и психиатрия. На первых этапах реформ без медицинской страховки оставалась значительная часть трудоспособного населения. С 1 апреля 2014 года все граждане имеют полную или частичную медицинскую страховку. Однако к изменениям в здравоохранении есть немало претензий у самих грузин. Медицинскую реформу нельзя считать завершенной. Особого внимания требует межведомственная координация и профессиональная подготовка врачей. В стратегии медицинской реформы Грузии на 2011-2015 годы указано также, что она должна фокусироваться на потребностях пациентов, а не на их покупательной способности. Экономисты считают реформу "плохой калькой" с американской системы, ведь в США здравоохранение реформируют уже не один год. Главный объект критики – отсутствие связующего звена между государственной и частной медициной. Ультралиберальная реформа без учета социального обеспечения граждан привела к плачевным результатам: расслоению грузинского общества на бедных и богатых и к исчезновению среднего класса. Все страхование осуществляется в Грузии частными компаниями, но при отсутствии устойчивых пенсионных фондов реформирование носит иллюзорный характер. К позитиву относят охват всех грузин медстрахованием и усмирение коррупции в здравоохранении.

В том, что опыт Грузии нельзя один к одному переносить на украинскую почву, уверена координатор программ общественного здоровья международного фонда "Возрождение". Стране нужна комбинированная система здравоохранения, которая бы включала в себя социальное страхование. Учитывая грузинский опыт, важно, чтобы ни на каком этапе реформирования никакая категория населения не оста-

лась за бортом – без страховки. Александр Квиташвили понимает ошибки Грузии и озвучивал их на заседаниях консультативной группы советников. В области здравоохранения Украине надо уходить "от советской системы, основанной на чрезмерном государственном регулировании – от планировки помещений до численности персонала».

Координатор группы польских экспертов по реформе местного самоуправления в Украине уверен, что даже во время войны, на фоне инертной власти, популизма, вранья и всего того, чего мы никак не планировали после Майдана, ключевая реформа здравоохранения сможет стать первым пазлом будущей картины нашей страны. Вряд ли украинские эксперты, которые 10 лет готовили реформу, согласятся ее упустить, тем более в условиях роста гражданского общества. В Польше действовала иная схема. Академик, ученый, член оппозиции возглавлял подготовку долгие годы (еще до прихода к власти "Солидарности"). В правительстве его задача заключалась в синхронизации власти. Он готовил законопроекты, проводил совещания, семинары, конференции, у него были свои уполномоченные на местах. В рамках реформы структуру многих министерств пришлось ломать. Затем пошла слаженная работа с парламентом, принявшим все предложения. В Украине чрезвычайно много громад — более 10 тыс. Многие небольшие, у них нет возможности взять на себя основные полномочия. Их надо объединять. В Украине реформа оказалась не у экспертов, а у политиков. И это ошибка. Кроме войны, это основная причина задержки реформы. Это совсем разные финансовые возможности и подходы, когда 10 тыс. громад, как сейчас, и когда их будет 2 тыс., как предусмотрено. Первоначально — объединение громад при четком понимании, сколько, каких и с какими полномочиями мы хотим их иметь. И только потом — финансовые решения. Что касается перераспределения полномочий, то в Польше на первом этапе реформы внесли изменения почти в 100 (!) законов. Они касались **абсолютно** всех сфер жизни. Три четверти работников государственных органов были переведены в местное самоуправление. Референдум может проводиться по каждому вопросу, который находится в ведении самоуправления. Дополнительные налоги можно ввести только после местного референдума. Все должно базироваться на налоговом потенциале громады. Украине предстоит массовый тренинг тех, кто будет работать в местном самоуправлении. Народ привык ждать указаний из Киева, а придется начинать с себя. Должен быть такой уполномочен-

ный человек, который вправе принимать решения, их представлять правительству и парламенту для рассмотрения, а потом контролировать их исполнение и отвечать за них. Все это касается прежде всего здравоохранения, просвещения и социального обеспечения.

Поскольку для Украины сегодня военная медицина имеет особое значение, мы – опираясь на зарубежный (израильский) опыт – рассмотрим свои проблемы.

В военной медицине есть ключевое понятие «золотой» час: в течение первого часа после ранения полноценная медицинская помощь спасает жизни 90% раненых. Задержка на два часа снижает число выживших до 10%. Военно-медицинская служба **израильской** армии осуществила революцию: «золотой» час сокращен до сорока трех минут, что привело к росту числа спасенных. Важно все — индивидуальные аптечки, перевязочные средства, время и способы эвакуации. Однако решают опыт и знания военного медика. Врач должен идти в бой вместе с солдатами. Когда он в двух минутах от раненого, меняется ход событий. При большинстве ранений за 5–10 минут развивается смертельное осложнение — шок. Еще одной опасностью является потеря крови: при артериальном кровотечении человек может истечь кровью за 10–15 минут. Важным резервом минут являются средства быстрой эвакуации раненых с поля боя. Наиболее эффективны в этой ситуации вертолеты и необычные танки-булансы — танки, оборудованные под передвижные медпункты. Они хорошо показали себя при эвакуации под огнем противника. Любая война — испытательный полигон не только для вооружений, но и для новейших технологий спасения раненых. В израильской армии отказались от традиционных жгутов — в рюкзаке каждого солдата находится «турникет», 96-сантиметровый нейлоновый рукав со жгутом внутри, снабженный ручкой. Используя «турникет», солдат может самостоятельно остановить кровотечение, даже если он ранен в руку. Когда «турникет» не подходит (например, в случае с высокой ампутацией или ранением в живот), начали применять гемостатические перевязывающие средства, предназначенные для остановки наружного кровотечения, в том числе при повреждении крупных сосудов. После остановки кровотечения и при большой потере крови военные медики прямо на поле боя вводят водный раствор порошка плазмы. Пакет порошка и бутылка жидкости — все, что нужно для приготовления водного раствора за три минуты.

Прошла проверку «застежка-молния», надежно «затягивающая» открытые раны и даже культы оторванных конечностей.

Не остался без внимания болевой шок. Если раньше раненые терпели боль, дожидаясь эвакуации, то теперь придается большое значение нейтрализации боли. Все военные медики имеют автоматические шприцы для впрыскивания морфия, а также новое средство, основанное на фентаниле-анальгетике, в 100 раз более сильном, чем морфий. Среди других новинок портативный сканер УЗИ, измеритель насыщения крови кислородом, детектор углекислоты для проверки эффективности искусственного дыхания, леденец фентанила (устраняющий острые боли в течение минуты).

Что происходит в Украине? В зоне АТО, согласно данным, обнародованным ООН, погибло свыше 5,6 тыс. человек, ранения получили почти 13,5 тыс., из них 159 детей. До сих пор не удалось подтянуть индивидуальную аптечку бойца до международных стандартов.

"Не страшно умереть от пули, но не хочется перебираться в иной мир из-за болевого шока, — рассказывает один из раненых киборгов. — Когда осколки посекали левую ногу, оголив кости, я подумал, что останусь калекой. Кровь удалось остановить, но сходил с ума от боли. Не помог ни первый укол, ни второй — я просил, чтобы меня пристрелили. Мне сделали шесть уколов, пока я не вырубился, да и то не от лекарства, а из-за потери крови и болевого шока. Есть надежда, что буду ходить, но нужно несколько операций. А я боюсь. Даже медсестрички жалуются на то, как трудно делать мне уколы, — мышцы каменеют, когда вспоминаю ту адскую боль".

"Мы неоднократно предлагали заменить препараты для обезболивания, которые используются сейчас, морфийными препаратами, — комментирует ситуацию вице-президент Национальной академии медицинских наук. — Их использует НАТО, поскольку они доказали свою эффективность во время военных действий. Сколько можно напоминать, что без надежного обезболивания раненый может погибнуть не от кровотечения, а от болевого травматического шока?! Обсуждали эту проблему на межведомственных заседаниях, на парламентских слушаниях, но существует мнение, что в таком случае раненые станут наркоманами, а шприц-тюбики из индивидуальных аптечек будут продаваться на черном рынке. Говорят, нет такой нормы закона, пусть все остается, как было. Ни о каком привыкании к

морфию в этом случае речь не идет, в мире уже давно не спорят по этому поводу».

Боевые действия не прекращаются, военные госпитали перегружены. АМН создала академическую госпитальную базу — 600 коек в институтах разного профиля, где в любое время врачебные бригады готовы принять бойцов АТО. Сделали запас необходимых лекарств, перевязочных и шовных материалов, инструментария. У нас семь этапов эвакуации раненых, тогда как в развитых странах их сократили до четырех: чем скорее боец с травмой, требующей специализированного лечения, попадет в операционную, тем больше шансов на его выздоровление.

Нужно добавить в аптечки жгуты-турникеты, у которых много преимуществ. Такой жгут легко наложить одной рукой, зафиксировать на нужном уровне специальной закруткой, которую можно потом ослаблять, чтобы не наступило омертвление тканей. Для остановки венозного кровотечения нужны давящие повязки, а не жгуты, используемые при артериальных кровотечениях. Каждый боец должен иметь пакет с гемотрансфузионным раствором. От потери крови и болевого шока давление падает, сосуды спадаются, ввести лекарство в вену — невозможно, уменьшается объем циркулирующей крови, что может привести к остановке сердца. Чтобы это предотвратить, вводят гемотрансфузионный раствор: ставят иглу в головку большой берцовой кости (под коленом), фиксируют и вводят раствор. Это значительно повышает шансы на спасение раненого.

В свое время медики готовили рекомендации, подавали предложения об усовершенствовании эвакуации и оказания высокоспециализированной помощи, планировали единое медицинское пространство и т.д. Это были наработки, базирующиеся на опыте украинских и зарубежных военных врачей. Министерство здравоохранения даже не смогло сообщить, кто из его руководства сейчас входит в межведомственный штаб. Поговаривают, что после смены министра штаб прекратил работу. В кулуарах министерства признаются, что за реабилитацию еще никто не брался — нет стандартов и протоколов, не хватает квалифицированных реабилитологов. Когда раненого выписывают из военного госпиталя, чиновники предлагают обращаться в лечебные учреждения по месту проживания. Чем ему поможет семейный врач, участковый терапевт или невропатолог, не имевший дела с ранеными? В Министерстве обороны есть реабилитационная база на 1400 коек, но

этого недостаточно. Нет механизма взаиморасчетов между реабилитационными учреждениями разных ведомств.

Есть еще одна проблема. Почти 9 тыс. участников АТО прошли через лечение психоневрологического профиля. В отделениях психиатрии лечатся 650 бойцов, имеющих острые расстройства. Проходит время, но ничего не забывается: война наступает, накрывает будто волной. Как и где готовить специалистов, которые смогут работать с боевой травмой? Кого готовить, когда нет специальности «реабилитолог»? Есть случаи массовой госпитализации в психиатрические больницы без наличия психиатрических диагнозов. Странно выглядит предложение увеличить количество психологов-реабилитологов за счет выпускников педагогических университетов. Смогут ли выпускники университетов, которых ориентировали на общение с учениками и их родителями, совладать с душевной болью искалеченного бойца?

Глава 1

Что такое «хорошее» здравоохранение?

Десять стран от А до Я (от Австралии до Японии) во многом различаются по организации медицинской помощи населению. Формируя такой пакет, мы старались найти и сходство в здравоохранении государств, средняя продолжительность жизни в которых далека от того, что имеет место в Украине (Беларуси, России). На среднюю продолжительность жизни (СПЖ) влияют и образ жизни, экология и генетика, но этот общеизвестный тезис не лишает здравоохранение того общественного значения, которое имеют также образование и социальная помощь нуждающимся в ней контингентам. «Гибридная война», безденежье и инфляция не позволяют механически переносить чужой опыт в Украину, но мы должны его знать, понимать, и, говоря образно, подползать к нему по-пластунски. Грузинские миссионеры, начавшие реформирование украинской медицины, приехали в Киев с наилучшими намерениями, но без волшебной палочки.

1. Здравоохранение Австралии

Медицина в Австралии является одной из составляющих истории страны. В письме губернатора Австралии правительству Великобритании (1787 г.) упоминаются четыре объекта первоочередного строительства: наряду с казармами для солдат, жильем для офицеров, продовольственным складом был назван и госпиталь. В середине XIX ст. госпитали были сооружены не только в крупных городах (Сиднее, Мельбурне, Брисбене, Аделаиде, Перте, Хобарте, Дарвине), но и в некоторых селах.

Австралия является примером интересного сочетания частной и государственной медицины, она шла к этой модели долго, но сегодня критерием ее успеха является высокая ожидаемая продолжительность жизни: у мужчин она составляет 80,5 лет, у женщин – 84,6 года.

Большинство современных крупных больниц государства размещены в специально построенных комплексах. Предшествующий опыт эксплуатации многопрофильных многокочных больниц показал, что наиболее целесообразной системой строительства медицин-

ских учреждений является централизованно-блочная. Такая система предусматривает четкое функциональное разделение нескольких соединенных между собой блоков – многоэтажных палатных (основой внутренней планировки являются 30-кочные палатные секции), манипуляционно-диагностических и служебных помещений, естественное освещение всех палат, кабинетов врачей, большинства клиничко-диагностических и служебных помещений. В больницах также обеспечено наличие зоны больничного сада.

В качестве примера компактной застройки может быть приведен сиднейский госпиталь им. Принца Уэльского, рассчитанный на 450 коек. За год более 3 тыс. сотрудников оказывают помощь примерно 30 тыс. стационарных пациентов и 40 тыс. пациентов, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

Функционирование госпиталей: от ценовой политики до особенностей оказания медицинской помощи

В 2007 г. в Австралии функционировали 642 государственных госпиталя на 51 730 койко-мест (93% всех коек) и 265 частных учреждений. В режиме полного рабочего дня в государственных госпиталях работают около 24 тыс. сотрудников, среди них – более 10 тыс. медицинских сестер. Более половины финансирования госпиталей приходится на оплату труда персонала. На лекарственные средства затрачивается 6-7%, на хозяйственные услуги – 12%, на электроэнергию – 10% общегоспитального финансирования.

Стоимость хирургических операций колеблется от 1-2 до нескольких сотен тысяч австралийских долларов. Дорогостоящими являются сложные операции (в частности, трансплантация органов) – от 300-500 тыс. австралийских долларов. Обычно такие операции оплачивает государство.

Продолжительность пребывания больного в стационаре невелика: в среднем 3,6 дня в государственных госпиталях, 2,5 – в частных. Большая площадь Австралии (более 7,15 млн. кв. км) и территориальная отдаленность многих населенных пунктов вызвала трудности в неотложной медицинской помощи и госпитализации. Одним из путей решения этой проблемы стала «Королевская служба летающих докторов», инициатором создания которой был миссионер Джон Флинн. Эта служба функционирует с мая 1928 г. Она располагает 21 базой и насчитывает около 50 специально оборудованных самолетов. Служба работает круглосуточно, обеспечивая примерно 35 тыс.

медицинских перевозок за год (среднегодовое количество медицинских эвакуаций составляет 90-100 в день). Кроме непосредственных авиаперевозок, служба осуществляет заочные (телефоном, по радио) консультации. За помощью обращаются в среднем 650 пациентов в день. Финансирование службы обеспечивается преимущественно из средств федерального штата, частично за счет благотворительной помощи. Наряду с самолетами, активно действует вертолетная служба. В крупных госпиталях имеются площадки для посадки вертолетов, соединенные с отделениями неотложной помощи этих госпиталей. **Установлена национальная шкала сортировки, предусматривающая пять категорий срочности:**

- 1) Реанимационная – мгновенно.
- 2) Экстренная (emergency) – в течение 10 мин.
- 3) Срочная-1 (urgent) – в течение 30 мин.
- 4) Срочная-2 (semi-urgent) – в течение 60 мин.
- 5) Несрочная (non-urgent) – в течение 120 мин.

Серьезной проблемой является длительное ожидание госпитализации плановыми (не по скорой помощи) больными. Таких пациентов ставят в очередь и регистрируют в специальной учетной форме. Среднее время ожидания в отделения хирургического профиля государственных госпиталей составляет 32 дня. В зависимости от характера предстоящей операции оно колеблется от 10-12 (кардиохирургия) до 70-80 и более (офтальмология) дней. Бывают случаи, когда больному приходится ждать госпитализации еще дольше. Тем не менее отмечается тенденция к уменьшению сроков ожидания.

Госпитализации планового больного предшествует подготовка: он получает инструкцию с указанием схемы приема лекарственных средств, режима питания и т. п. Больной обязан иметь в наличии принимаемые лекарства, знать их наименования, предназначение, время и дозировки приема. Он также должен иметь в письменной форме сведения об особенностях режима и питания, непереносимости (аллергических реакциях) на лекарственные и пищевые вещества. Это важно, поскольку около 20% населения Австралии регулярно принимает лекарства. В год выписывается 185 млн. рецептов (9-10 на каждого жителя). Почти все лица в возрасте старше 65 лет принимают от 5 до 10 препаратов ежедневно. Имеется специальная памятка для больного сахарным диабетом, которому предстоит хирургическая операция. До поступления в госпиталь плановый боль-

ной может проинформировать персонал о необходимости услуг переводчика, священнослужителя, проведения религиозных ритуалов, особенностях диеты и других потребностях. Бесплатную профессиональную и конфиденциальную службу перевода, охватывающую более 60 языков, включая австралийскую азбуку глухонемых, предоставляет один из старейших госпиталей г. Сиднея St. Vincent Hospital. Функционирует государственная внегоспитальная служба телефонного перевода, осуществляющая круглосуточный перевод в общении персонала с больным, не владеющим английским языком.

Около половины австралийцев имеют частную медицинскую страховку, которая дает возможность пользоваться медицинскими услугами частных госпиталей. В таких больницах большинство палат преимущественно одно- или двухместные, многие по комфортности не уступают одноместным номерам в дорогих гостиницах. Частные медучреждения, как правило, не обладают существенными преимуществами в оказании медицинской помощи по сравнению с государственными, хотя важной является возможность самому выбрать врача в негосударственном госпитале. Многие больные, несмотря на наличие страховки, предпочитают лечение в государственных госпиталях, в которых есть современное оборудование и круглосуточное врачебное наблюдение. Частные и государственные госпитали взаимосвязаны. В больших городах они обычно расположены рядом, нередко частное отделение занимает целый этаж в здании государственного госпиталя, что позволяет специалистам совмещать работу в двух учреждениях.

Австралийская медицинская ассоциация (АМА), объединяющая 27 тыс. врачей, уделяет большое внимание взаимодействию госпиталей и врачей общей практики. АМА опубликовала специальное заявление по этому вопросу. Поскольку преемственность является одним из ключевых принципов медицины в Австралии, АМА исходит из того, что «большинство эпизодов госпитализации начинается и заканчивается при участии врача общей практики». В Австралии не принято скрывать от больного истинный диагноз и прогноз заболевания, какими бы пессимистичными они ни были. Это касается всех заболеваний, в том числе тяжелых онкологических форм. Однозначно оценить деонтологическую правомерность такой практики затруднительно. Широкое распространение такого подхода в Австралии во многом определяется менталитетом населения, его религиозными взглядами, необходимостью решить все вопро-

сы, связанные с бизнесом, наследством и т. д. Больной имеет право запретить врачу информировать родственников о своем заболевании и прогнозе (кроме случаев, когда пациент не в состоянии самостоятельно принимать решения). При необходимости проведения операций и некоторых лечебно-диагностических процедур пациент должен подтвердить свое согласие и подписать соответствующую форму-разрешение. Больной имеет право (за исключением случаев неотложной помощи) проконсультироваться у другого специалиста относительно своего диагноза и схемы лечения. Перед выпиской ему выдается документ о пребывании в госпитале, проведенном лечении и рекомендациях. Однако в соответствии с «Законом о свободе информации» пациент может потребовать полную копию истории болезни, подав заявление с такой просьбой; услуга является платной.

II. Здравоохранение Австрии

Общественное здравоохранение Австрии продолжает двигаться в направлении профилактической медицины. Эффективное внедрение новых подходов зависит от организаторов, но важнейшая роль принадлежит населению. С принятием в 2005 г. Акта о реформировании Министерство здравоохранения и защиты прав женщин внедрило рекомендации превентивной медицине. Ключевым стало проведение скрининговых обследований групп риска. **Ежегодные медицинские осмотры оплачиваются государственными страховыми фондами. Заболевания определяются на ранних стадиях. Особое значение придается образу жизни и данным анамнеза (злоупотреблению алкоголем, курению, заболеваемости в семье). Ежегодные осмотры всех старше 18 лет - как технический осмотр автомобилей: не пройдешь – не поедешь.**

Жизненно важным вопросом является финансирование. Население стареет, работоспособная популяция уменьшается, ситуация требует корректив со стороны правительства.

Несмотря на проблемы, высокие стандарты австрийской медицины делают ее одной из ведущих в мире.

Средняя ожидаемая продолжительность жизни австрийцев возросла. В 2004 г. этот показатель превысил 76 лет для мужчин и 82 года для женщин, а уже в 2030 г. родившийся в Австрии ребенок в среднем проживет более 80 лет. С середины 1990-х гг. население Австрии увеличилось на 500 тыс., что при количестве жителей 8,21 млн. – цифра

ошеломляющая. Причиной послужила интенсивная иммиграция из Восточной Европы.

Цель проведенной в 2005 г. реформы здравоохранения – создание единой сети стационарных и амбулаторных учреждений независимо от их подчинения и формы собственности. Первым шагом стало создание Федерального медицинского управления и Провинциальных медицинских комитетов.

Социальное страхование предусматривает законодательные гарантии базового стандарта жизни, а также медицинские услуги в случаях:

- 1) заболевания;**
- 2) инвалидности;**
- 3) беременности и рождения ребенка;**
- 4) безработицы;**
- 5) пожилого возраста;**
- 6) смерти кормильца.**

Социальное страхование контролируется отдельными корпоративными учреждениями соцстрахования, которых в стране семь. **Финансирование социального страхования осуществляется взносами застрахованных, а в случае работающих по найму – их работодателями.** Размер взносов зависит от годовых доходов.

Обязательное страхование покрывает медицинские услуги не только застрахованному, но и членам его семьи, если они не платят взносы от своего имени. Около 2/3 населения самостоятельно оплачивают страхование, а остальные получают услуги бесплатно как члены семей (например, дети). 98% популяции, так или иначе, имеют медицинскую социальную страховку, которая покрывает следующие затраты.

1) Медицинская помощь

В случае болезни обладатель полиса имеет право обратиться к любому врачу, работающему с данной страховой организацией. Пациенты имеют право обратиться к специалисту, не заключавшему контракт с региональным центром социального обеспечения. Доктор имеет право в установленных экономических рамках выбирать то лечение, которое посчитает нужным, или же направить больного к специалисту в амбулаторную клинику.

2) Медикаменты

Лекарства, назначенные врачом в соответствии с Экономическими протоколами по применению медикаментов и медицинского оборудования, могут быть получены в любой аптеке за счет социальных фондов. За каждую упаковку австрийцам приходится заплатить еще 4,45 евро налога. Исключение составляют только препараты, подлежащие строгому учету.

3) Стационарное лечение

Застрахованный имеет право на лечение в стационарных условиях без ограничений пребывания в клинике. Австрийские больницы устанавливают два типа стоимости подобного лечения – общую и специальную. За каждый день в госпитале пациенты обязаны заплатить приблизительно 8-15 евро. Максимальное количество оплаченных дней стационарного лечения составляет 28 в год. При рождении ребенка плата за госпитализацию не взимается. **Специальные финансовые затраты на лечение государство частично берет на себя, из бюджета оно платит за медицинский уход, а все остальные услуги пациент должен оплачивать самостоятельно:** обязательное медицинское страхование все же ограничивает объем стационарной помощи, что соответствует тенденциям в большинстве западных стран.

4) Медсестринский уход у пациента на дому

Некоторые медицинские и медсестринские услуги, оказываемые на дому у пациента, также вошли в список покрытия социальной страховкой. Работа осуществляется квалифицированным персоналом и преимущественно заключается в инъекциях, перевязывании послеоперационных ран и уходе за тяжелобольными.

5) Психотерапия и психологическая диагностика

За счет социальных фондов осуществляются только диагностические процедуры. Что же касается психотерапии, этот вид лечения частично оплачивается самим пациентом.

6) Частное медицинское страхование и бюджет здравоохранения

30% населения Австрии имеет дополнительные частные страховки, которые позволяют улучшить условия пребывания в больнице (например, одноместные палаты), самостоятельно выбирать врача или покрывают стоимость определенных терапевтических процедур. Особенностью частного сектора в сфере страхования в Австрии (по сравнению с большинством других евро-

пейских стран) является то, что за последние 10 лет его доля значительно уменьшилась и продолжает снижаться. Такая тенденция как нельзя лучше характеризует работу социальных структур и всей системы здравоохранения в целом.

III. Здравоохранение Великобритании

Огромным достижением Великобритании стало создание общественной системы оказания медицинской помощи, получившей название **National Health Service (Национальная служба здравоохранения)**, или **NHS**. NHS стала первой в мире государственной организацией, предоставляющей универсальные бесплатные услуги здравоохранения. Работа системы все еще остается успешной, но ее стабильность вызывает опасения. Глобализация и увеличение стоимости медицины привели к серьезным структурным проблемам, прежде всего к очереди и необходимости ожидания даже некоторых неотложных вмешательств. Многие британцы с высоким уровнем доходов предпочитают государственному обеспечению частную страховку, и все возрастающее количество работодателей обеспечивает сотрудников коммерческими страховыми полисами.

Средняя продолжительность жизни в Великобритании составляет 81 год. Средняя продолжительность жизни у женщин составляет 83 года, а у мужчин – 79 лет.

Все же недостатки компенсируются всемирно признанным качеством оказания помощи и ее доступностью для всего населения. Немаловажную роль играет продуманная структура системы здравоохранения, сердцем которой является Департамент здравоохранения. Этот правительственный орган создает и контролирует внедрение законов и нормативных актов в медицинской отрасли, а решения на локальном уровне принимают местные подразделения NHS. Существует третий тип государственных органов, который служит связующим звеном между вышеупомянутыми двумя, – **Стратегические управления здравоохранения (Strategic Health Authorities)**. Сегодня существует 28 подобных структур, отвечающих за определенные регионы и обеспечивающих интеграцию общенациональных приоритетов (таких как программы по раннему выявлению онкологических заболеваний).

Для распределения медицинских услуг принято их разделение на первичные и вторичные. Обе группы услуг оказывают локальные

подразделения NHS, так называемые трасты (NHS trusts), подчиняющиеся региональным стратегическим управлениям здравоохранения.

Первичное здравоохранение предусматривает рутинную медицинскую помощь в офисах врачей общей практики, амбулаторных хирургических отделениях, стоматологических и офтальмологических кабинетах. **Вторичными считаются специализированные медицинские услуги** в госпиталях, амбулаториях, работа психологов и психиатров.

В зависимости от сферы деятельности трасты подразделяются на несколько групп, основной из которых являются трасты первичного звена, занимающиеся оказанием первичной медицинской помощи и организацией общественного здравоохранения.

Для уменьшения списков ожидания предусмотрено обращение к частным структурам. **Трасты NHS являются работодателями большей части персонала системы здравоохранения, начиная с врачей и заканчивая службой охраны.**

1) **Трасты неотложной помощи** обеспечивают функционирование учреждений, оказывающих непродолжительную медицинскую помощь; к этой группе относятся больницы скорой помощи, родильные дома, рентген-диагностические лаборатории.

2) **Трасты обеспечения** работают одновременно в здравоохранении и в социальной сфере, что необходимо при внедрении программ, предусматривающих сотрудничество NHS и муниципальной власти.

3) **Трасты психического здоровья** организуют и контролируют проведение психологического лечения, медицинской поддержки и обучения для пациентов с серьезными проблемами.

4) **Трасты скорой медицинской помощи.** В Англии существует более 30 станций скорой медицинской помощи, и каждой из них управляет отдельный траст, отвечающий за доставку пациентов в надлежащее медицинское учреждение.

В развитых странах диагностика и лечение практически всех заболеваний осуществляется по так называемым протоколам. Более адекватным термином, будет словосочетание «клинические рекомендации».

В Англии и Уэльсе разработкой и публикацией клинических рекомендаций занимается Национальный институт клинического мастерства. Эти документы касаются заболеваний, лекарственных

средств, медицинских устройств, а также технологий ведения и лечения определенных патологических состояний. Все госпитали NHS должны учитывать рекомендации. Частные клиники не обязаны следовать указаниям, но многие коммерческие учреждения утверждают их как внутренние стандарты «лучшей практики».

Наблюдение за выполнением рекомендаций на практике проводит Комиссия по здравоохранению. Именно она занимается оценкой и публикацией показателей работы NHS. В Англии организации NHS в официальном рейтинговом списке оцениваются от нуля до трех звездочек в зависимости от следующих показателей:

- время ожидания и списки ожидания;
- количество отмененных вмешательств;
- чистота больниц;
- летальность;
- финансовая ситуация;
- количество повторных обращений в службу скорой медицинской помощи.

Сбор информации о нежелательных последствиях лечения позволяет улучшить стандарты безопасности. Это выполняет Национальное агентство безопасности пациентов, которое распространяет среди персонала информацию о необходимости подавать отчеты о нежелательных эффектах лечения и других опасных событиях. Жалобы пациентов также рассматриваются отдельной службой, которая оценивает действия персонала не только в государственных, но и в частных учреждениях. Подобная работа выполняется независимо от NHS и правительства. В случае, когда доказано серьезное нарушение со стороны врача, его дело передается в Общий медицинский совет, обладающий полномочиями применять к персоналу частных и государственных больниц необходимые санкции.

IV. Здравоохранение Германии

Здравоохранение Германии основывается на хорошо структурированной системе медицинского страхования, состоящей из государственного обязательного страхования и частных страховых фондов. Государственное обязательное страхование (ГОС) охватывает приблизительно 89% населения, в то время как частную страховку имеют около 9% немцев. Система здравоохранения Германии построена на принципах солидарности, равного доступа и самоуправления. Госу-

дарство создает инфраструктуру нормативно-правовых актов и услуг, в рамках которых действуют местные представители (лечебные фонды, ассоциации врачей и ассоциации лечебно-профилактических учреждений). Правительство не принимает непосредственного участия в организации медицинской помощи, но контролирует соответствие действий лечебных фондов и других организаций действующему законодательству. Мониторинг больничной инфраструктуры проводится властями административно-территориальных единиц (земель).

Германия имеет один из наиболее высоких уровней расходов на здравоохранение в мире. На оказание медицинской помощи населению страна в 2001 году потратила 222 миллиарда евро (\$251 миллиард), около 10,7% ВВП. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению этой суммы. Причины возрастающей стоимости здравоохранения – это старение популяции. И много безработных. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин составляет 78 лет, женщин – 83 года.

Возрастание затрат на организацию лечения связано с плохой координацией действий стационарных и амбулаторных учреждений. Последний фактор, оказывающий наибольшее влияние на стоимость здравоохранения, это недостаток конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями.

Реформирование здравоохранения.

Акт о реформировании здравоохранения (АРЗ), вступил в силу 1 января 2004 года. Предусмотренные им методы привели к снижению общих медицинских затрат. Общие положения АРЗ можно охарактеризовать несколькими основными нововведениями.

1) **Создание Института качества и экономической эффективности здравоохранения (ИКЭЭ), который выполняет анализ терапевтического воздействия препаратов (а не определяет соотношение цена/качество) и создает клинические рекомендации по лечению конкретных заболеваний.** Это учреждение занимается исследованием, описанием и оценкой современной медицинской науки и медицинских вмешательств при определенных патологиях; публикует научные работы и отчеты по вопросам качества и финансовой рациональности услуг, предоставляемых системой ГОС, с учетом особых факторов, связанных с возрастом, полом пациентов и другими обстоятельствами. ИКЭЭ отвечает за предоставление населению об-

шей информации об эффективности и качестве работы системы здравоохранения.

2) **Дополнительные платежи:** 10% дополнительных платежей за лекарственные средства (минимум 5 и максимум 10 евро за упаковку); повышение платы за пребывание в стационаре с 9 евро в день на протяжении максимум 14 дней до 10 евро в день за период до 28 дней; назначение фиксированной ставки 10 евро за каждую амбулаторную консультацию врача общей практики или специалиста (кроме случаев направления на консультацию терапевтом), а также за обращение в отделение неотложной помощи. Пациенты, которые всегда сначала обращаются к врачу широкого профиля и только по направлению – к специалисту, имеют право платить единый квартальный взнос в размере 10 евро. Больные младше 18 лет освобождаются от всех дополнительных платежей. Подобные нововведения ежегодно экономят около 3,3 миллиардов евро.

3) **Предоставление больницам права в определенных случаях оказывать амбулаторные услуги.** К таким ситуациям относятся необходимость высокоспециализированных медицинских услуг, уход за больными с редкими заболеваниями и патологиями с особым течением. Практическое применение подобное нововведение найдет в сфере лечения онкологических состояний, острой ревматической лихорадки, ВИЧ/СПИДа, гемофилии, рассеянного склероза, судорожных состояний и выраженной сердечной недостаточности.

4) **Введение нового типа электронной карточки пациента.** Каждая из 80 миллионов карточек, выданных гражданам Германии, содержит фотографию хозяина и административную информацию, а также (на первых порах по желанию) медицинские данные, что поможет избежать повторного проведения одних и тех же исследований и улучшит сотрудничество между больницами, врачами и другими медицинскими сотрудниками. В дальнейшем запланировано введение электронной формы рецептов, записываемых на карточку пациента, что приведет к ежегодной экономии около 1 миллиарда евро.

5) **Последипломное образование:** для повышения стандартов оказания медицинских услуг все врачи, сотрудничающие с ГОС, должны работать по системе постоянного медицинского образования. Доктора, отказавшиеся проходить курсы повышения квалификации,

обязаны заплатить штраф, а в некоторых случаях могут быть лишены лицензии. Определение типа обучения и академических баз должно проводиться Региональными ассоциациями.

V. Здравоохранение Голландии

Вопреки легализации легких наркотиков и проституции, в Голландии система здравоохранения четко структурирована и давно работает по законам страховой медицины. Специалисты утверждают, что одна из монархий отжившего Бенилюкса сейчас на грани полного реформирования здравоохранения, инициированного принятием нового закона о медицинском страховании. Это этапный для всей сферы в целом и первое звено запланированных перемен.

Медицинское обслуживание в Голландии традиционно включает первичную и специализированную медицинскую помощь. Общественное здравоохранение развито в стране крайне слабо. **Отличительной характеристикой медицинской помощи первичного звена является принцип диспетчерского контроля. Это означает, что пациент не может получить свободный доступ к специализированной помощи и стационарному лечению, при этом роль диспетчера-распределителя играет семейный врач – ключевая фигура первичной помощи.** Эффективность такого подхода бесспорна и подтверждена статистически – только в 6% случаев обращения за первичной медицинской помощью зафиксирована потребность в консультировании узким специалистом или стационарном лечении. Как правило, семейные врачи имеют частную практику, что касается и среднего медицинского персонала – медсестры достаточно независимы и могут самостоятельно принимать пациентов.

Второй этап специализированной медицинской помощи осуществляется преимущественно в клиниках. Выраженный приоритет правительства в финансировании этих учреждений сделало их менее прибыльными. В отношении административного управления имеется ряд отличий: **медицинские работники не входят в штат, а сотрудничают с клиникой на контрактной основе.** Сами жители Нидерландов уверены, что это не влияет на качество медицинских услуг. Но экспертная оценка выделяет две проблемы: необходимость сокращения «очереди» к узким специалистам и возмещения затрат клиники на лечебно-диагностическую работу. Подтвержден факт длительного ожидания услуг врачей, специализирующихся в области хи-

рургии всех профилей, ожидание может длиться месяцами для плановых пациентов и в пределах суток – для urgentных.

Второй вопрос носит характер административного регулирования. Все пациенты, нуждающиеся в специализированной медицинской помощи, разделены на диагностически-лечебные группы с целью их учета для дальнейшего планирования распределения финансов. В нидерландской системе их около 30 тыс., что осложняет систематизацию данных.

В фармации министерство здравоохранения проводит политику по трем направлениям: обеспечивает все этапы обращения лекарственных средств; поощряет их обоснованное назначение с учетом соотношения стоимость/эффективность; осуществляет контроль за ценами на медикаменты. Право на отпуск рецептурных препаратов имеют только фармацевты и некоторые врачи общей практики. Вовлечение последних необходимо в местах, где сеть аптек недостаточна. Безрецептурные популярные средства (ацетилсалициловая кислота, парацетамол, некоторые антисептики и прочие) можно купить в магазинах продажи лекарств или в специализированных отделах супермаркетов.

Сегодня правительство не является основным регулятором рынка медицинских услуг, частная страховая компания может сама определять их поставщика и самостоятельно устанавливать стоимость полисов (ориентируясь на разные социальные группы клиентов). В условиях свободы бизнеса частные компании создают или недорогие пакеты с минимальным спектром услуг, или дорогие полисы с неограниченным количеством провайдеров медицинской помощи.

Согласно закону, каждому желающему компания обязана обеспечить страховой полис. Роль государства в новой системе – контроль за качеством, объемом и полнотой предоставляемых услуг. В социальном аспекте программой предусмотрено льготное страхование таких категорий населения, как малоимущие и несовершеннолетние (лица до 18 лет). Материальное обеспечение полисов для них предусмотрено бюджетом правительства.

В рамках законодательства в сфере медицинского страхования каждый гражданин Голландии должен застраховаться по минимальному базовому пакету. В противном случае взимается штраф. Следовательно, одновременно с расширением возможности выбора страховой компании устанавливается и финансовая ответст-

венность населения. Наметились предпочтения – среди голландцев наибольшую популярность приобрел коллективный полис (семейный); он позволяет охватить также пенсионеров и неработающих членов семьи.

В экономическом отношении вся тяжесть привлечения средств на организацию медицинской помощи легла на трудоспособное население: стоимость базового медицинского полиса в среднем составляет 1050 евро. Обязательный налог в пользу здравоохранения составляет фиксированных 6,5% дохода у основной части населения, а для пенсионеров и частных предпринимателей 4,4%.

С 2006 г. в страховании действует система премирования «необращений» за медицинской помощью. Размер ее указывается в договоре о страховании конкретного лица. Ранее застрахованный совершеннолетний гражданин Нидерландов мог получить назад примерно 255 евро или часть этой суммы при условии, что в течение прошедшего периода он в незначительных размерах или вовсе не воспользовался своей страховкой. В расчет не входят затраты на консультирование семейным доктором.

Введение такой меры подверглось критике со стороны всех участников лечебного процесса: пациенты жаловались на несправедливое противопоставление часто и хронически болеющего населения здоровому, ущемление прав первого; врачи усмотрели в премировании экономическое мотивирование против медицины; работники страховых компаний определяли этот механизм как трудноосуществимый и имеющий сомнительную эффективность.

В последнее время появился скептицизм относительно того, способна ли рыночная конкуренция снижать затраты на здравоохранение из бюджета. Врачи могут компенсировать сокращение размера своих гонораров увеличением объема услуг. Во избежание этого введены ограничения на общий объем затрат. Преградой для реализации этой меры является отсутствие действенного контроля. В итоге превышения лимитов по затратам выявляется только ретроспективно и может быть скомпенсировано только за счет уменьшения финансирования в следующем году. Это – причина серьезных недоразумений. **Появляются новые доказательства, что рыночная конкуренция может не столько снизить уровень затрат, как стимулировать их увеличение.**

Преобразования тормозят страховые компании, выступающие против конкуренции, против выбора компании-страхователя независимо от наличия фактического риска у конкретного пациента. Медицинских работников не удовлетворяет ограничение расходов на здравоохранение, поскольку они для них – основной источник доходов.

Одновременно с этим реформирование заслуживает хорошей оценки за высокий уровень медицинского обслуживания уже сегодня. Еще рано подводить итог проведенных реформ. Известно, что следующие шаги уже запланированы. Средняя продолжительность жизни среди женщин составляет 83 года, а среди мужчин – 79 лет.

Европейское консультативное совещание ВОЗ по правам пациента в Амстердаме приняло документ «Основы концепции прав пациента в Европе: общие положения», представляющий собой свод принципов, направленных на поддержку пациента на территории европейских государств-членов ВОЗ. Голландия является одной из тех стран, в которых эти принципы претворяются в жизнь в полном объеме. Здесь правам пациентов и их мнению придается большое значение. Голландия стала страной, в которой существует для этого законодательная база. В стране проходит масштабная кампания, конечная цель которой – реализация прав пациентов. Важной вехой в процессе ее создания является провозглашение «Согласительного акта о медицинском лечении». В нем затронуты осознанное согласие пациента на лечение, независимость в принятии решений, касающихся программы лечебно-профилактических мероприятий, а также оговорена ответственность клиник. Вторым этапом было приведение в действие «Акта о правах клиентов системы здравоохранения на обжалование», обязывающего учреждения здравоохранения ввести особый порядок рассмотрения жалоб со стороны пациентов. Обсуждается проект «Акта о требованиях к профессиональной подготовке работников системы здравоохранения», который будет регулировать профессиональную квалификацию и дисциплину в медицинской отрасли.

VI. Здравоохранение Израиля

Израильская система здравоохранения основана на государственном медицинском страховании, которое осуществляется в форме налога. Основные положения Закона о государственном медицинском страховании постулируют:

- государственная система медицинского страхования гарантирует оказание медицинской помощи всем жителям страны;
- комплекс медицинских услуг, поставляемый в рамках медицинского страхования, единый для всех;
- оказание медицинских услуг возложено на больничные кассы; для получения медицинской помощи необходимо быть членом одной из них;
- каждый житель Израиля имеет право выбора больничной кассы;
- медицинское страхование является обязательным для всех жителей Израиля;
- люди старше 18 лет платят налог на здравоохранение;
- ответственность за отчисление средств на организацию медицинской помощи населению лежит на работодателях.

Система государственного медицинского страхования доказала эффективность во всем мире. Исследования ВОЗ показывают, что число лет, проведенных человеком в состоянии болезни, значительно выше для жителей стран, где не практикуется государственная страховая поддержка. В среднем представитель нации, благополучной в этом отношении, проводит в состоянии болезни около 9% продолжительности жизни, а наименее благополучной – 14%. По этому показателю мировым лидером является Япония, где граждане проживают в среднем 74,5 года здоровой жизни. По ожидаемой средней продолжительности жизни мужчин Израиль занял четвертое место в мире, обойдя Японию. Израильские мужчины могут рассчитывать прожить в среднем 80,2 лет. Ожидаемая средняя продолжительность жизни в еврейском государстве выше, чем во всех прочих ближневосточных странах,

Частное медицинское страхование в Израиле является необязательным. Оно охватывает виды медицинского обслуживания, не входящие в перечень услуг, оплачиваемых системой обязательного страхования. Размер страхового взноса в этом случае пропорционален страховому риску, зависящему от состояния клиента. Система рыночного медицинского страхования снижает дефицит медицинской помощи, характерной для системы обязательного страхования. Новые репатрианты подлежат государственному страхованию независимо от возраста и состояния здоровья. Если репатриант не ра-

ботает, страховка за первый год проживания оплачивается государством.

Все вопросы, связанные с оплатой медицинского обслуживания в рамках обязательной системы страхования, контролируют четыре больничные кассы, которые не являются государственными, но находятся под жестким контролем Министерства здравоохранения. Одна принадлежит профсоюзу, а три остальные – в смешанной собственности. Перечень медицинских услуг, предусмотренных государственным страхованием, называется «корзиной здоровья», которая утверждается правительством и едина для всех больничных касс. Каждая касса связана договорами со своими лечебными учреждениями, поэтому выбор больничной кассы во многом определяется удобным месторасположением для клиента сети клиник, с которыми она сотрудничает. **В распоряжении каждой больничной кассы находятся:**

- **поликлиники;**
- **аптеки и аптечные склады;**
- **диагностические центры;**
- **женские и детские консультации;**
- **пункты неотложной помощи;**
- **специализированные клиники, центры альтернативной медицины;**
- **гериатрические учреждения и психиатрические клиники.**

Качество медицинского обслуживания в различных кассах фактически одинаково. Вместе с тем обязательная медицинская страховка распространяется не на все виды медицинского обслуживания. В последнее время в связи с нехваткой государственных средств сократился список услуг, оказываемых больничными кассами; многие вынуждены прибегать к дополнительному страхованию через поликлиники или частные страховые агентства. Например, пациент самостоятельно оплачивает часть стоимости лекарств и некоторых анализов. **Не покрываются государственной страховкой и такие виды медицинской помощи, как стоматологическое обслуживание, косметические операции, операции за границей, покупка очков.** Дополнительно оплачиваются услуги семейного врача и некоторых врачей-специалистов. Кроме того, в Израиле не существует возможности вызвать врача на дом. Лечащий врач только раз в три месяца обходит пациентов с хроническими заболеваниями, о таком визите необходи-

мо договариваться заранее, уточняя дату, время и цель посещения. В неотложных случаях возможен вызов службы скорой помощи, который пациент оплачивает отдельно. В такой ситуации больной доставляется на станцию скорой помощи, где осматривается специалистами и при необходимости направляется в дежурную больницу.

Оказание срочной медицинской помощи в Израиле осуществляет служба «Амбуланс» с использованием двух видов машин «скорой помощи». Для доставки в больницу пациентов, не требующих лечения в дороге, вызывается бригада, состоящая из фельдшера и санитар-добровольца. Такая машина оснащена для оказания первой медицинской помощи. В более серьезных случаях выезжают реанимационные бригады, в состав которых входят врачи. Машина такой бригады оснащена так же, как отделение реанимации в клинике. Решение о направлении на вызов той или иной бригады принимает диспетчер скорой помощи. Услугами данной службы можно воспользоваться для транспортировки тяжелых больных на амбулаторные процедуры. В таких случаях кассы возвращают 50% от стоимости поездки.

В последние годы большую популярность приобрели частные службы неотложной помощи, предоставляющие абонементное обслуживание. Такой абонемент распространяется на всех членов семьи, проживающих совместно с владельцем договора. По вызову больного в любое время суток приезжает врач-специалист.

Госпитализация в Израиле практикуется только в тех случаях, когда лечение не может проводиться амбулаторно. Это связано с недостатком госпитальных мест.

Если госпитализация происходит по направлению «скорой помощи» или семейного врача, то пребывание в больнице оплачивается за счет страховки. **Наиболее затратную часть медицинских расходов составляют операции. В такой ситуации пациент вынужден доплачивать немалую сумму, но основные расходы берет на себя государство.** Больницы и поликлиники страны оснащены самым современным оборудованием и предоставляют весь спектр услуг, а также право выбора и замены любого лечащего врача.

В Израиле действуют 259 больниц и клиник, находящихся в государственной и частной собственности. Уровень обслуживания в частных центрах выше, чем в государственных медицинских учреждениях, а цены ниже на многие виды услуг. Врач, работающий в общественной системе здравоохранения и ведущий частную практику, не

имеет права брать плату за свои услуги с пациента, обратившегося к нему через государственную службу. В рамках государственной программы члены больничных касс проходят различного рода контрольные обследования, связанные с ранней диагностикой раковых, сердечно-сосудистых и других серьезных заболеваний. Самые крупные академические лечебные учреждения находятся в государственной собственности.

Детская медицина является отдельной структурой. Информацию по уходу за новорожденным можно получить в «Консультации матери и ребенка», там же проводятся обязательные прививки. В рамках государственной программы всем детям показана вакцинация от гепатита, коклюша, дифтерии, полиомиелита, кори, эпидемического паротита, краснухи и туберкулеза.

В Израиле центральной фигурой терапевтического процесса является пациент. Он знает свои права и является равным партнером в выработке стратегии лечения. Если больной не согласен с решением лечащего врача, он вправе обратиться к независимым экспертам. Больничная касса обязана предоставить экспертам всю имеющуюся необходимую документацию. Для обеспечения прав пациентов в медицинских учреждениях существует служба по рассмотрению жалоб. При нанесении вреда здоровью пациента по вине персонала больницы возможно обращение в суд и получение денежной компенсации.

VII. Здравоохранение Канады

Продолжительность жизни канадцев достаточно высокая – в среднем составляет 82 года (84 года для женщин и 80 – для мужчин). До образования Канадской конфедерации (1867 г.) медицинскую помощь оказывали частные врачи. Пациенты сами оплачивали дорогие услуги специалистов, далеко не все имели возможность обратиться за помощью. Решением было предоставление медицинской помощи церковными приходами и религиозными благотворительными организациями, среди которых выделялась знаменитая Армия спасения. Отдаленные северные районы, в которых проживало преимущественно коренное население, до 20-х годов прошлого века оставались без медицины.

В 1947 г. с внедрением в провинции Саскачеван общественного страхования медицинских услуг стала формироваться страховая сис-

тема здравоохранения. С 1956 г. во всех провинциях и территориях введено медицинское страхование, которое коснулось также внебольничного врачебного сервиса.

Специфика Канады в значительной децентрализации здравоохранения: провинции и районы сами планируют, финансируют и оценивают медицинское обеспечение на всех уровнях, а правительство решает медицинские вопросы общенационального порядка. С 1972 г. системы общественного страхования стали покрывать затраты на основные медицинские услуги, в том числе на стационарное лечение. В 1984 г. Актом о здравоохранении сформулированы основные принципы оказания медицинской помощи:

1) **Универсальность:** любой гражданин государства имеет право на медицинское страхование на единых условиях.

2) **Доступность:** медицинские услуги предоставляются на общих основаниях, без платы, помимо полиса. Стоматологическая помощь является платной. Канадцы не прикреплены к врачам и могут обращаться в медицинские учреждения по своему выбору.

3) **Всесторонность:** страхование включает пребывание в стационаре, уход, диагностику, использование лекарств, операционного и другого оборудования, а также уход на дому и обеспечение лекарствами при амбулаторном лечении. Однако объем предоставляемых услуг не одинаков в разных провинциях.

4) **Независимость:** медицинское страхование в Канаде не закреплено за местом работы и жительства.

5) **Государственное управление:** осуществляется через подотчетные государству некоммерческие организации, созданные в каждой провинции для осуществления всех платежей по медицинскому страхованию.

Еще одна канадская специфика: общественные организации участвуют в реализации политики здравоохранения на местном уровне, осуществляя медицинское обслуживание, оказывая социальную поддержку, занимаясь пропагандой здорового образа жизни и решая проблемы охраны окружающей среды.

Основой здравоохранения Канады являются терапевты первичного звена (семейные врачи), составляющие половину практикующих врачей страны. Они контролируют доступ к специалистам узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам. Выбор семейного врача

осуществляется пациентом, его можно менять; при большой загруженности врач может регулировать количество семей и отказаться от новых пациентов. Большинство врачей имеют частную практику и пользуются автономией. Некоторые специалисты работают в больницах или местных оздоровительных центрах на контрактной основе. Частно практикующим медикам государство оплачивает услуги в зависимости от оказанной помощи, причем плату такие врачи получают непосредственно из бюджета провинции. Терапевты, не имеющие частной практики, получают либо установленный оклад, либо плату в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг.

Во время визита к своему семейному врачу или в клинику по собственному выбору канадцы предъявляют карточку медицинского страхования, которая есть у каждого легального жителя страны.

Существует развитая система больниц – многопрофильных и специализированных. Создана сеть медицинских центров, сочетающих лечебную и профилактическую работу с обучением населения основам здорового образа жизни. Эти учреждения имеют бюджетное финансирование в рамках различных программ. **Более 95% всех канадских больниц работают по принципу некоммерческих частных организаций, управляемых местным советом директоров, организациями добровольцев или муниципалитетами.** Стоматологическая служба работает отдельно от всей системы здравоохранения, кроме тех случаев, когда необходима неотложная помощь хирурга-стоматолога. Аптеки также являются независимыми от государства организациями.

Косметология, уход за роженицами, питание в стационарах оплачиваются пациентами самостоятельно.

Провинции и территории обеспечивают медицинским обслуживанием ту часть населения, которая нуждается в дополнительных медицинских услугах – людей пожилого возраста, детей, безработных, психически больных. Среди таких услуг следующие:

- практическая помощь инвалидам, людям пожилого возраста и др.;**
- предоставление некоторых бесплатных лекарств;**
- стоматологическая помощь;**
- услуги офтальмолога;**

– различные приспособления для инвалидов (протезы, кресла-каталки) и т. д.

Основной проблемой канадского здравоохранения являются очереди и длительное ожидание медицинской помощи. Это особо актуально в ситуациях, когда пациенты вынуждены ждать, несмотря на наличие острой боли (например, в случае необходимости операции на бедре или колене) или в особо тяжелом состоянии (при ожидании онкологической операции, радио- или химиотерапии). **Поскольку семейные врачи работают, как правило, автономно, не существует организации, в которую можно было бы обращаться 24 часа в сутки, 7 дней в неделю за консультацией к врачу. Как следствие – чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. Предполагается проведение реформ, направленных на создание групп врачей первичной медицинской помощи с удлиненным рабочим днем. В них должны быть специалисты разного профиля – медсестры, врачи-терапевты и узкие специалисты. Формы оплаты могут варьировать – от фиксированного оклада до оплаты в зависимости от числа пациентов (а не количества оказанных услуг).**

VIII. Здравоохранение Франции

Система здравоохранения Франции в ее современном виде в июне 2000 г. была признана ВОЗ «лучшей системой оказания медицинской помощи в мире». Подтверждением эффективности организации здравоохранения является высокий уровень здоровья нации и ежегодное повышение ожидаемой продолжительности жизни, которая у мужчин составляет 79 лет, у женщин – 85 лет. **Особенно благодарными здравоохранению должны быть француженки, которые занимают второе место в мире по продолжительности жизни.**

Французское законодательство предусматривает целый ряд различных и всеобъемлющих прав населения в медицинской отрасли. Почти для 96% граждан терапевтические услуги абсолютно бесплатны или же полностью возмещаются. Французы также имеют право выбора между медицинскими учреждениями, не зависящее от уровня дохода и величины страхового взноса. Например, они могут обратиться за консультацией ко многим врачам общей практики, специалистам в

государственной, частной, университетской или же общей клинике. К тому же списки ожидания для выполнения хирургических вмешательств, типичные для большинства других стран с правительственным финансированием сектора здравоохранения, вообще не знакомы французским гражданам.

Во Франции медицинское страхование является ветвью системы социального обеспечения. Оно финансируется налогами на заработную плату, пропорциональными подоходными налогами, а после недавней реформы – и непрямыми пошлинами на алкогольные и табачные изделия. На первый взгляд может показаться, что медицинское страхование во Франции возвращает медицинской отрасли меньше средств, чем в других странах Европейского Союза. Но это не так, поскольку более 80% населения имеет дополнительные страховки, часто предлагаемые работодателями. **Социальная группа с наименьшими доходами имеет бесплатный универсальный доступ к медицинскому обеспечению, который полностью финансируется налогами.** Следует отметить, что затраты на лечение продолжительных или хронических заболеваний также полностью компенсируются.

В начале XXI века правительство Франции приняло серию новых законов, позволяющих системе здравоохранения оказывать дополнительную помощь гражданам, нуждающимся в ежедневном уходе, и компенсировать все связанные с медициной несчастные случаи независимо от установления факта врачебной ошибки. Все эти нововведения стали хорошим пополнением списка таких уже существующих прав, как компенсационные выплаты в случае беременности или оплата профилактики заболеваний, медицинское обеспечение рабочих и студентов, бесплатная организация планирования семьи, а также систематический скрининг для ранней диагностики определенных заболеваний.

С 1996 г. правительство Франции ежегодно издает отдельный закон о финансировании социального обеспечения. Этот документ описывает бюджет здравоохранения на следующий год и определяет основные показатели, которые часто изменяются из-за различий в запланированной и фактической суммах налоговых сборов.

Правительство обеспечивает медицинским страхованием три основных группы населения: рабочих и их семьи, фермеров, работников бизнеса и искусства. В каждой из этих трех групп расходы рас-

пределяются по географическому принципу и в зависимости от типа расходов. Последнее подразумевает оплату услуг врачей общей практики, специалистов, стоимость медицинских назначений, пребывания в государственных больницах, частных клиниках, медсестринский уход на дому и санитарный транспорт.

Государство выполняет свои функции посредством центральных, региональных и ведомственных служб. Под руководством Министерства здравоохранения работают две большие организации: Служба общего менеджмента здравоохранения и Служба менеджмента клиник и оказания медицинских услуг. В свою очередь, каждая из этих правительственных структур осуществляет контроль за многочисленными лечебно-профилактическими и административными учреждениями.

Как и во многих других европейских странах, количество врачей во Франции резко увеличилось с 60 тыс. в конце 1960-х гг. до 185 тыс. в начале XXI века. На каждую тысячу населения приходится 3 врача, и этот показатель, по сравнению с другими западными странами, можно считать превосходным (Великобритания – 3:1800, США – 3:2700, Германия – 3:3400, Италия – 3:5900). Что же касается полового соотношения высшего медицинского персонала, то здесь **наблюдается интересная тенденция к увеличению количества врачей-женщин, которые на сегодня составляют приблизительно 40% практикующих врачей, а в медицинских университетах девушек-студенток уже больше половины.**

Во всех больницах врачи, биологи и стоматологи получают зарплату как «сотрудники госпиталя», а продвижение по службе зависит от стажа. Согласно параграфу 4 Устава о гражданских услугах существует национальная система категоризации «сотрудников госпиталя».

Все медицинские учреждения Франции можно разделить на три типа: государственные больницы, частные клиники и благотворительные структуры. К числу первых на сегодня относятся 1032 региональные, университетские, локальные и общие больницы. Некоторые из них имеют многовековую историю – еще со времен распространения христианства в Европе.

Государственные учреждения весьма различаются по размерам, структуре и функциям. К примеру, Парижский гражданский госпиталь насчитывает более 80 тыс. сотрудников, в то время как в некоторых

локальных учреждениях работает менее 300 человек. Следует отметить, что упомянутый Парижский гражданский госпиталь – это важнейшая в стране группа государственных клиник, созданная еще после Французской революции, а в 1941 г. реструктуризированная как медицинский комплекс для бедных и получивших производственные травмы французов. Сейчас это учреждение – многоуровневая организация, отвечающая за высокие стандарты лечения, развития медицинских технологий и проведение научных исследований.

С 1985 г. каждый государственный госпиталь финансируется преимущественно (91%) средствами фондов медицинского страхования, которые определяются по данным за предыдущий год. Существует медицинская информационная система, которая позволяет учитывать точные данные об общей нагрузке на конкретную клинику, относительной продуктивности подразделений и, руководствуясь этой информацией, вносить изменения в объем финансирования. Определение стоимости услуг осуществляется специальным комитетом в соответствии с макроэкономическими факторами (инфляция, рост экономики), политической ситуацией (данные о социальных тенденциях) и крайне редко учитываются такие медицинские факторы, как финансирование новых технологий. Все государственные больницы подчиняются Министерству здравоохранения, которое назначает руководителей конкретных клиник.

В отличие от государственных, частные клиники в большинстве случаев основывались как несколько хирургических или гинекологических кабинетов и со временем развивались в полноценные коммерческие больницы. Согласно закону, принятому в 1991 г., все врачи, работающие в частном секторе, обязаны делиться со своими коллегами медицинской информацией, а качество их практики определяется Комиссией по контролю качества оказания медицинских услуг.

Следующая составляющая часть системы лечебных учреждений Франции – частные некоммерческие клиники. Эти больницы преимущественно основывались определенными религиозными конфессиями и на сегодня отвечают приблизительно за 14% от общего объема проводимого в стране стационарного лечения.

На современном этапе финансирование подобных медицинских учреждений осуществляется аналогично государственным, но их отличие заключается в способе управления. **Пожалуй, одним из фундаментальных преимуществ французской системы здравоохране-**

ния можно считать тесное сотрудничество между общественными и частными медицинскими структурами, которое позволило избежать списков ожидания на выполнение хирургических операций. И это при том, что длинные очереди считаются типичным явлением для социализированной медицины. В самом деле, частные лечебные учреждения Франции работают очень активно и выполняют более 50% хирургических вмешательств, а также проводят лечение 60% случаев злокачественных новообразований. Для сравнения важно отметить, что во многих странах Европейского Союза онкологическая патология – это прерогатива исключительно государственных клиник. Тем не менее французская модель уникальной комбинации общественного здравоохранения и коммерческого медицинского сектора позволяет создать действительно открытую систему, предоставляющую доступ всем гражданам к новейшим медицинским технологиям.

Равенство всех граждан Франции реализуется в доступности не только терапевтических, но и превентивных медицинских услуг. Предусмотренные законодательством профилактические мероприятия включают как инициирование раннего обращения за врачебной помощью, так и проведение образовательных курсов в организованных коллективах для формирования у населения элементарных знаний о болезнях и для предотвращения опасного поведения среди подростков. **Из 10,5 млрд евро, потраченных в 2002 г. на профилактические меры, половина была использована непосредственно для профилактики заболеваний, четверть – на скрининговые обследования и еще около 25% – на борьбу с медицинскими и социальными факторами риска.**

Только своевременные профилактические мероприятия способны защитить население от заболеваний, против которых на сегодня не существует эффективного лечения. Именно по этой причине в последние несколько лет основными задачами Министерства здравоохранения Франции стали противостояние преждевременной смерти граждан (до 65 лет), борьба с неравным географическим и социально-экономическим распределением лечебно-профилактических услуг.

Все превентивные и общеобразовательные проекты здравоохранения находятся под контролем Национального института профилактики и образования о здоровье, который в своей работе руководствуется утвержденными законодательством протоколами по обществен-

ному здоровью. В 2006 г. министр здравоохранения инициировал Национальную ассамблею по профилактике с целью проведения анализа действующих превентивных методов и разработки новых подходов, соответствующих нуждам населения.

По доступным данным за 2005 г., сумма медицинских расходов во Франции составила 181 млрд евро, или 10,6% от валового внутреннего продукта, что по показателю затрат на здравоохранение обеспечило Франции четвертое место после США (15,3%), Швейцарии (11,6%) и Германии (10,9%). Все же ожидается, что после проведения реформы процент медицинских расходов относительно общего бюджета страны несколько снизится.

Распределение стоимости услуг осуществляется по следующей схеме: государственное и частное стационарное лечение (44,5%); амбулаторные услуги – врачи, стоматологи, парамедики и лабораторный анализ (27,1%); фармацевтические препараты (20,8%); транспортировка пациентов и другие медицинские принадлежности – оптика, протезы, перевязочные материалы (7,6%). По расходам на лечение отдельных групп заболеваний первенство принадлежит сердечно-сосудистой патологии (12,6%), на втором месте – психические нарушения (10,6%), на третьем – патология опорно-двигательного аппарата (9%). В структуре затрат на амбулаторное лечение доминирует оказание стоматологической помощи (28,3%).

Как уже было упомянуто, еще в начале нового тысячелетия ВОЗ признала французскую систему оказания медицинской помощи лучшей в мире. Хотя методы и данные, согласно которым было сделано подобное заключение, подвергались значительной критике (что и понятно – претендентов на звание лучшего всегда хватало), есть немало веских оснований для того, чтобы восхищаться системой здравоохранения этого представительного европейского государства.

В августе 2004 г. национальное медицинское страхование Франции оказалось в тяжелом финансовом положении, и министром здравоохранения был принят план медицинской реформы, которая все еще пребывает на стадии внедрения. Как и в предыдущие годы, основное направление нововведений – сохранение фактической доступности врачебных услуг для всех категорий населения. Принято считать французскую систему медицинского страхования компромиссом между Национальной системой здравоохранения Британии и мозаикой из федеральных и локальных подсистем в Соединенных Штатах.

Многие специалисты считают организацию медицинского обеспечения в США социально безответственной, поскольку около 15% населения в возрасте до 65 лет не имеет медицинской страховки. **Уважение к правительству Франции вызывает важный нюанс: независимо от того, какое политическое крыло организовывало реформу, как правые, так и левые защищали национальную систему здравоохранения как идеальное сочетание солидарности, либерализма и плюрализма.**

Помимо запланированного повышения ряда налогов для упрочнения финансового фундамента, изменения в законодательстве направлены на внедрение государственного менеджмента здравоохранения. Это нововведение предусматривает применение подходов, разработанных в США (например, компьютеризация медицинских данных, создание протоколов лечения, использование врачей первичного звена для ограничения количества пациентов в специализированных учреждениях) во французских условиях унитарной государственной лечебно-профилактической сети.

В отличие от Великобритании, Голландии и Германии, **во Франции отказались от двух идей, популярных в реформировании медицины: права потребителя на большой выбор и ценовой конкуренции между локальными фондами медицинского страхования.** Подобное решение связано с тем, что конкуренция приводит к приватизации, что недопустимо для системы медицинских услуг, предусматривающей взаимопомощь между больными и здоровыми, богатыми и бедными, дееспособными и лицами с физическими ограничениями. Проявлением таких идеалистических соображений является определение страховых взносов на основании платежеспособности, а не степени риска. **Богатый здоровый молодой человек должен заплатить за страховку больше, чем пожилой с хроническими заболеваниями. Полное противоречие коммерческим подходам, доминирующим в мировой практике!**

По данным опросов, проводимых среди медицинских сотрудников, большинство врачей, ведущих частный прием, поддерживает современные подходы, закрепленные законом – выбор врача пациентами, свободное решение доктора практиковать медицину в любом учреждении, частном или государственном. Важными являются клиническая автономность (решение врача должно быть окончательным и не подлежать изменениям, особенно со стороны должностных лиц или

команды менеджеров); конфиденциальность общения врача и пациента; непосредственная оплата услуг больными, которые потом получают большую часть затрат по принципу страхования.

Одно из новшеств уникально не только для Франции, но и всей Европы. Реформа повысила фискальные налоги (на доход, капитал, табачные и алкогольные изделия), что уменьшило долю получаемого от работодателей налога на заработную плату с 95% от общих затрат на здравоохранение до 50%. Увеличилась финансовая зависимость от центрального финансирования, а следовательно, и способность министерства проводить реформирование и контроль.

Как показала практика прошлых лет, тяжело контролировать расходы в системе, действующей по принципам либерализма и плюрализма. Доступ к медицинским услугам, качество помощи характеризуется неравномерным распределением по географическим регионам и среди социальных слоев населения. Эта проблема осложняется свободой передвижения пациентов внутри системы и возрастающим ажиотажем вокруг новейших методов лечения, доступных только в передовых клиниках.

Рождение государственного менеджмента здравоохранения во Франции само по себе является вызовом: сможет ли государство адаптировать систему медицинского страхования к технологическим и экономическим изменениям, не спровоцировав непреодолимое противодействие сотрудников столь консервативной отрасли?

IX. Здравоохранение Швеции

Швеция выделяется среди других стран мира высокими экономическими и социальными достижениями. Так, средняя продолжительность жизни в государстве является одной из наибольших в мире: для женщин она составляет 84 года, для мужчин – 80; при этом наблюдается тенденция к дальнейшему ее увеличению. Это результат экологического благополучия, заботы о здоровье (популяризации здорового образа жизни, отказа от курения, занятий спортом, профилактических мероприятий), а также достижений системы здравоохранения, которая считается одной из лучших в Европе благодаря высокой эффективности лечения при умеренных капиталовложениях и контролируемых расходах.

Основы здравоохранения Швеции заложены в 1882 г. с учреждением органов самоуправления – ландстингов, представителей которых граждане Швеции избирают на всеобщих выборах каждые четыре года. С 1928 г. ландстинги стали отвечать за организацию стационарной медицинской помощи, а с 1930 гг. также за работу других медицинских служб. Первый шаг на пути к всеобщему медицинскому страхованию, покрывающему затраты на консультации врача и лекарственные средства и обеспечивающему выплату пособий на лечение, был сделан в 1946 г. с принятием государственного закона о медицинском страховании. С 1970 г. амбулаторные службы при государственных больницах перешли в ведение ландстингов, а в 1980 гг. последним были переданы полномочия по планированию здравоохранения.

В отличие от большинства стран Европы, здравоохранение в Швеции является на 95% государственным. Вся система характеризуется децентрализацией.

Главный консультативный и контролирующий орган – Государственный совет по здравоохранению и социальному обеспечению, под надзором которого все медицинские работники.

Помимо Министерства здравоохранения и Государственного совета, действует еще ряд центральных органов: Управление по лекарственным средствам, Государственный институт общественного здоровья; Государственная фармацевтическая корпорация Apoteket AB, в ведении которой находятся все аптеки, снабжает лекарственными средствами всю страну; Государственный совет по социальному страхованию.

Затраты на здравоохранение Швеции составляют 8,4% валового внутреннего продукта. Здравоохранение финансируется из трех источников: налоги, государственная система страхования и частные средства. Три четверти расходов финансируют ландстинги за счет региональных налогов, еще 17% доходов ландстингов составляют различные государственные субсидии, размер которых зависит от численности населения с учетом возраста, пола, семейного положения, рода занятий, уровня доходов, условий проживания и других медико-социальных показателей.

В государственных медицинских учреждениях врачи получают ежемесячную заработную плату по договору с ландстингами; предусмотрены различные компенсации за сверхурочную работу и увеличенное количество обслуживаемых больных.

Первичную медицинскую помощь можно получить в поликлиниках (центрах здоровья), 25% из которых являются частными.

В Швеции 60 больниц с отделениями неотложной помощи, работающими круглосуточно, 8 из них – региональные клиники с узкоспециализированными видами лечения, в которых также проводятся научные исследования.

В отличие от большинства стран в Швеции пациенты могут сами обращаться за медицинской помощью к специалистам узкого профиля, минуя врача первичного звена, что позволяет значительно сократить время на лечение. Все пациенты могут свободно выбирать лечащего врача и клинику в пределах своего ландстинга. В случаях, когда необходима медицинская помощь в другом регионе страны, требуется получить направление.

Долгое время одним из слабых звеньев шведской системы являлись большие очереди на проведение определенного лечения. Так, лечения катаракты или замены тазобедренного сустава пациент мог ждать до 3 мес. Чтобы решить эту проблему, в 1997 г. было установлено определенное время ожидания тех или иных видов медицинской помощи – как первичной, так и специализированной; по истечении этого срока медицинская помощь должна быть предоставлена на территории другого ландстинга, при этом компенсируются расходы на дорогу.

Социальное обеспечение, уход за престарелыми, инвалидами и больными с психическими расстройствами входят в обязанности 290 муниципалитетов, в ведении которых дома для престарелых и инвалидов. Половина муниципалитетов получает дотации на развитие системы домашнего ухода. Благодаря дотациям больной оплачивает только часть услуг, которая зависит от его дохода.

Традиционно Швеция внедряет в здравоохранение инновационные средства и технологии. Она стала одной из стран-основательниц телемедицины, совершенствует систему компьютерной базы данных для врачей и пациентов.

Научными приоритетами являются организация здравоохранения, оценка медицинских технологий, эпидемиология, наркологию, первичная медицинская помощь, защита окружающей среды, неврология, микробиология, инфекционные заболевания (в том числе СПИД), клеточная биология, кардиология и гематология, молекулярная биология, гастроэнтерология, эндокринология,

гия, фармакология и токсикология, заболевания репродуктивных органов.

Х. Здравоохранение Японии

Пример Японии показателен в связи с ее демографической структурой. Правительство страны опубликовало «Белую книгу» по проблеме старения нации. Уже сегодня каждый десятый житель Японии перешагнул 75-летний рубеж, а каждый пятый — 65-летний. Проблема старения становится актуальной для многих развитых государств мира, но именно Япония первой испытывает экономические последствия этого процесса.

Здравоохранение Японии представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в короткий срок достигнуть самых высоких показателей здоровья населения (хотя, не в последнюю очередь, это связано с условиями и образом жизни). Япония – первая страна в Азии, где в 1961 г. было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе. При этом ряд законов о страховании, частично компенсировавших расходы на медицинское обслуживание, был принят намного раньше: в 1922 г. – об обязательном страховании служащих, в 1938 г. – о национальном страховании здоровья, в 1939 г. – о страховании моряков, в 1953 г. – о страховании поденных рабочих. **В настоящее время в Японии существует общественная система охраны здоровья, включающая общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование и медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства.** В целом расходы на здравоохранение в Японии (при всей его эффективности) сравнительно невелики: около 6,6% ВВП.

Согласно сообщениям Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения, средняя продолжительность жизни японских мужчин выросла до 80 лет, женщин – 87 лет. На протяжении четверти века японские женщины занимают первое место по продолжительности жизни. На втором месте жительницы Гонконга (85,4 лет).

Каждое медицинское учреждение в Японии – самостоятельная организация. 80% больниц принадлежит врачам частной практики. Большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: национальной

системы страхования здоровья (построенной по территориальному принципу) и системы страхования лиц наемного труда (построенной по производственному принципу). Национальная система охватывает мелких собственников и членов их семей, инвалидов и других неработающих лиц (примерно 45 млн. человек). Взнос зависит от места жительства, дохода, недвижимого имущества, размера семьи. 40% пособий по временной нетрудоспособности – дотации государства. **Максимальный размер льгот может достигать до 90% стоимости лечения (10% оплачиваются пациентами).** Оплата для иждивенцев составляют не более 70% стоимости медицинского обслуживания. Пребывание в больнице как самих застрахованных, так и их иждивенцев оплачивается страховыми органами на 70%, остальная сумма выплачивается пациентом наличными деньгами при получении медицинских услуг. **В случае очень высокой стоимости лечения пациенту возмещаются расходы, превышающие установленный максимум.** За счет пациента полностью оплачиваются лекарства, пост частной медицинской сестры, пребывание в отдельной палате. Медицинская помощь оплачивается по счетам медицинских учреждений, ежемесячно предоставляемым по линии социального страхования. Счета проверяются консультантами-медиками в целях установления рациональности оказанных услуг.

В системе национального страхования здоровья функционирует страхование лиц, вышедших на пенсию по достижении пенсионного возраста, членов их семей и программа страхования престарелых. Согласно закону о благосостоянии, престарелые старше 60 лет имеют право на ежегодное медицинское освидетельствование. Предоставляется консультативная помощь по охране здоровья престарелых, сестринская помощь лицам пожилого возраста на дому, а также медицинская помощь лицам старше 70 лет.

Кроме медицинского страхования в Японии существуют общественные фонды, финансирующие профилактику туберкулеза, психических и инфекционных заболеваний, венерических заболеваний, проказы, наследственных заболеваний, а также компенсацию ущерба, причиненного загрязнением окружающей среды. Все перечисленное объединяется в Японии понятием “общественная гигиена”. Также из общественных фондов финансируются мероприятия, объединенные понятием “социальное обеспечение и социальное благосостояние”. Эти мероприятия осуществляются

согласно законам: об охране жизненных прав (медицинская помощь), о социальном обеспечении калек и инвалидов (реабилитационная помощь), о социальном обеспечении детей, о мерах чрезвычайной помощи раненым на войне, о медицинском обеспечении жертв атомной бомбардировки. За счет общественных фондов осуществляется страхование матери и ребенка.

Итак, первый и главный вывод из прочитанного (от А до Я) заключается в том, что «хорошая» медицина – очень разная, поскольку по-разному формировалась в процессе исторического развития разных стран. При этом, однако, имеют место конвергентные тенденции, одна часть которых возникает самопроизвольно (например, под влиянием наиболее общих законов менеджмента), а вторая часть связана с использованием зарубежного опыта. **Больше других отличаются от остальных Австралия и Япония;** в первом случае речь идет о «Королевской службе летающих докторов», существование которой обусловлено территориальной отдаленностью многих населенных пунктов; она располагает двумя десятками баз, насчитывает полсотни специально оборудованных самолетов и работает круглосуточно (общая протяженность маршрутов около 25 млн. км); за помощью ежедневно обращаются от 500 до 1000 пациентов. Во втором случае (Япония) медицина и здравоохранение отличаются от европейских образцов не меньше, чем латынь от иероглифического написания: каждое медицинское учреждение – самостоятельная организация, а 80% больниц принадлежат частным врачам.

Вторую пару оригиналов составляют Израиль и Швеция. «Страна обетованная», будучи вполне успешной во многих отношениях, не предоставляет населению возможности вызвать врача на дом; лечащий доктор раз в три месяца обходит пациентов с хроническими заболеваниями; о визите надо договариваться заранее. В неотложных случаях возможен вызов машины скорой помощи, что стоит дорого и оплачивается только пациентом. Население не удовлетворено таким положением вещей, с чем связано появление частной службы неотложной помощи. Во втором случае (Швеция) с хорошей завистью можно сказать о государственном обеспечении 95% расходов на медицину и о том, что в отличие большинства европейских стран) пациенты могут сами обращаться к специалистам узкого профиля, минуя врача первого звена. Израильтянам было бы интересно узнать, что в

60 шведских больницах имеются отделения неотложной помощи, работающие круглосуточно.

Заметим, что каждое из 4 государств, о которых шла речь, располагает «хорошим» здравоохранением, что еще раз подтверждает отсутствие шаблона на такое качество. Продолжая попарные (а в данном случае полярные) сравнения, сопоставим Швецию и Японию по управлению медициной. Щедро расходуя государственные деньги, Швеция имеет Министерство здравоохранения, Государственный совет по здравоохранению и социальному обеспечению, Управление по лекарственным средствам, Государственный институт общественного здоровья, Государственную фармацевтическую корпорацию, Государственный совет по социальному страхованию. Нам в Украине трудно себе это представить, но чиновники, работающие в этих учреждениях не являются ни формалистами, ни коррупционерами. Япония, антипод Швеции, как бы не имеет потребности в столь мощной управленческой структуре, поскольку каждое медицинское учреждение в стране – самостоятельная организация. Но – медицина не плавает без руля и без ветрил, поскольку функционирует национальная система страхования (1) и общественные фонды (2), финансирующие профилактику туберкулеза, психических и инфекционных заболеваний, страхование матери и ребенка. Это – мизер по сравнению с управленческой структурой здравоохранения в Швеции, однако оба варианта доказали свою эффективность. Стоит обратить внимание на тенденцию государственного менеджмента в здравоохранении Франции (чего не было прежде); в принципе плодить чиновников вредно, но в конечном итоге все определяет общественно-политический контекст, а диктатор Де Голль всегда полезнее предателя Петэна, хотя оба – генералы. Великобритания имеет почти такую же разветвленную структуру управления медициной, как Швеция – и такую же успешную. В Украине, не забывшей псевдосоциализма и прибаутки о том, кто начальник, а кто – дурак, и сегодня реформа здравоохранения сопряжена с личностью главного управленца. Швеция, истинно социалистическое государство, взимающее в пользу плебса сверхналоги со сверхбогатых людей, умеет собой управлять – выросшие в честности управленцы, грубо говоря, не воруют.

К числу позитивов мирового опыта относятся обязательные ежегодные осмотры всех старше 18 лет (Австрия); премирование за «необращение» в медицинские учреждения ввиду отсутствия такой

потребности (Голландия); наличие компактных («под компьютер») индивидуальных медицинских карточек (многие страны); осуществление диагностики и лечения по типовым протоколам (многие страны); установление национальной шкалы срочности оказания медицинской помощи (Австралия); оценка эффективности/неэффективности работы лечебных учреждений – от нуля до трех звездочек – по специальным критериям (Великобритания).

Характерным недостатком современных систем здравоохранения является необходимость длительного ожидания своей очереди пациентами, которым показана плановая операция. Отсутствие «лишних» операционных и «лишних» хирургов, вечный дефицит необходимых для трансплантации внутренних органов вынуждает прибегать к различным организационным ухищрениям. Их достигнутый результат – справедливость (честное продвижение внутри очереди). Но проблема в целом не решена. Парадокс, но она тем острее, чем больших успехов добилась та или иная страна в научных изысканиях и расширении ассортимента дающих надежду оперативных вмешательств.

Глава 2

Проблемы гериатрии: зарубежный опыт

В романе «философский камень» писательницы (ставшей классиком французской литературы XX ст.) Маргерит Юрсенар читаем о пребывании каждого человека во временных координатах «Уже было» и «Еще есть», в которых император Адриан и алхимик Зенон ищут свою отдельную нишу. Если Адриан извлекал мудрость для восприятия жизни такой, какой она есть, из своего счастья, то Зенону приходилось извлекать ее из своих бедствий. Отсюда – «алхимическая» темная тень на его деятельности хирурга. Как честно свидетельствует герой, он «отправлял на тот свет некоторых пациентов, допуская излишнюю смелость, хотя приобретенный при этом опыт помогал ему спасать других людей». Он по мере сил старался управлять «движениями своего мозга, но делал это осторожно». Его собственный пульс не повиновался приказам, посылаемым мозгом. Его кишки – алхимики более искусные, чем он сам – трансмутировали мясо и овощи в живую материю его тела. Оно, богатое открытым могуществом, обладало множеством изъянов. Достигший рубежа пятидесяти с лишком лет, он понял, что стареет, стал смотреть назад и увидел там честолюбие и сластолюбие. *Unus ego et multi in me* – я один, и много во мне. Все оборачивалось чем-то иным. За загниванием мысли, отмиранием инстинктов, распадом форм, непереносимых для мысли, непременно следует смерть...

Вернемся к нашим реалиям. Возрастающая продолжительность жизни населения развитых стран, сопровождающаяся снижением рождаемости, приводит к демографическому старению населения. Следствием этого является снижение численности тех, кто работает, при нарастании числа «едоков». Этот дисбаланс является одной из наиболее острых социальных проблем в экономически развитых странах. Эта ситуация имеет место и в Украине; нашей спецификой является сверхсмертность мужчин молодого и среднего возраста, связанная с далеким от идеала образом жизни, производственным и бытовым травматизмом, в последнее время – с боевыми действиями на востоке и юге страны. Сегодня – война, а в таких условиях страдают молодые

мужчины, дети и старики. Однако реформы устремлены в будущее; нам следует готовиться к нему, изучая опыт десятки от А до Я. Каждая из 10 стран, условно говоря, безотказно нянчит своих стариков; для иллюстрации мы выбрали два наиболее вдохновляющих примера.

Австрия: социальное страхование предусматривает законодательные гарантии базового стандарта жизни, а также медицинские услуги 6 категориям граждан, в том числе – инвалидам и людям пожилого возраста (по понятным причинам эти категории часто перекрываются). Некоторые медицинские услуги и медсестринские услуги, оказываемые на дому у пациента (в т.ч. уход за тяжелобольными, среди которых не менее половины составляют люди пожилого возраста), также покрываются социальной страховкой.

Япония: согласно закону о благосостоянии, лица старше 60 лет имеют право на ежегодное медицинское освидетельствование. Им предоставляются бесплатные разовые консультации по вызову и оказывается бесплатная сестринская помощь на дому; лицам старше 70 лет предоставляется бесплатное лечение.

Каждый из двух вариантов (или их гибрид) может стать идеальным образцом гериатрической составляющей здравоохранения. Украина имеет опыт и кадры для внесения собственных модификаций в зарубежные стандарты, когда для этого придет пора. Потенциал гериатрической службы лимитируют не наши знания и умения, а наши возможности.

Координатором международного научного сотрудничества в геронтологии и гериатрии в мировом и региональном масштабах является организованная в 1950 г. в Льеже (Бельгия) Международная ассоциация геронтологии (МАГ), впоследствии переименованная в Международную ассоциацию геронтологии и гериатрии (МАГГ). Она является основой международных научных исследований и объединяет более 50 тыс. геронтологов из разных стран мира. Ассоциация состоит из пяти региональных отделений (Европы, Северной Америки, Латинской Америки, Азиатско-Тихоокеанского региона и Африки). МАГГ считает основными целями содействие исследованиям в различных областях геронтологии и подготовке кадров, международным связям национальных обществ, организации международных конгрессов по геронтологии.

Сегодня в мире складывается консенсус относительно необходимости радикальной реорганизации предоставления услуг по оказа-

нию медицинской и социальной помощи пожилым. В разных странах перешли к созданию новой, интегрирующей медицинское и социальное страхование, солидарной системе. Для повышения эффективности новой системы оказания помощи пожилым происходит замещение фрагментированной и эпизодической помощи, которую обеспечивают различные учреждения, на более комплексную и скоординированную долговременную помощь с участием целого спектра поставщиков услуг. Происходит смещение фокуса от помощи в больнице (где предоставляется самая неотложная помощь) и в домах для престарелых к одной структуре, в рамках которой можно управлять и координировать услуги для людей пожилого и старческого возраста. Использование комплексного страхового тарифа («лечение-помощь») может сделать услуги более рентабельными.

Так, например, в **Германии** обязательное страхование долгосрочной помощи и ухода (LTCI) введено в 1995 г. и является пятым компонентом системы социальной защиты. Взносы устанавливаются как процент от дохода и обеспечиваются в равной степени работником и работодателем. Страховка покрывает уход на дому и в специализированных медицинских организациях, а также финансовое стимулирование, обучение, социальное и пенсионное обеспечение для лиц, обеспечивающих уход. Предусмотрено 3 уровня покрытия, в зависимости от конкретных нужд и тяжести состояния застрахованного. Получатели помощи несут финансовую ответственность за услуги, стоимость которых превышает компенсационные выплаты, однако социальные службы оплачивают эти услуги, если их стоимость слишком высока. Обязательное страхование долгосрочного ухода в **Японии** (LTCI) дополняет базовое медицинское страхование, введено в 2000 г. и финансируется на паритетных началах пенсионером (10-17%), работающим населением (33- 45%), государством (45-50%). Пенсионеры выплачивают ежемесячно сумму, определяемую их доходом (или размером пенсии), которая варьирует в зависимости от местной юрисдикции или вида услуг. Люди в возрасте 40-65 лет выплачивают ежемесячно определенную сумму совместно с работодателями через их страховые взносы в систему социального страхования. Право на получение льгот основывается исключительно на потребностях, и система обеспечивает формальную помощь в соответствующих учреждениях, а также временную помощь по уходу на дому.

Характер страхового покрытия в разных странах может быть разным (деньги и/или услуги). Однако общим является то, что в каж-

дой стране реализуются специальные **программы страхования долгосрочного ухода для пожилых.**

Следует подчеркнуть, что при обслуживании пожилых людей применяются наиболее современные технологии, доступ к которым обязателен в мировой гериатрической практике. Так, доктор из Нью-Йорка проводит операцию пожилому пациенту на желчном пузыре в Страсбурге, Центр радиационной онкологии в Университете Дублина консультирует пожилых пациентов с онкологией по всей стране, программа телемедицинской помощи в Канаде используется для долгосрочного ухода за пожилыми на дому, телемедицинская палата в специализированной гериатрической клинике Австралии использует опыт работы других стран и т.д. Домашняя диагностика и он-лайн коммуникации с врачом: микродатчики состояния, микро-УЗИ, целлоскоп, смартфоны – на службе гериатрии. Высокие технологии становятся повсеместной практикой в гериатрии.

Ещё одной интересной практикой организации помощи пожилым в различных странах являются так называемые специализированные поселения для пожилых. Они могут быть ориентированы как на тех, кто нуждается в уходе, так и на тех, кто нуждается в общении. Поселения финансируются по-разному и предлагают разные услуги. Они могут быть и большими, и маленькими, созданными с государственным участием (страны Европы) и без него (США). Так, например поселение «The Villages» во Флориде. Состоит из множества поселений для активных пожилых людей. В 2007 г. здесь проживали более 75 тысяч человек, и это была самая интенсивно развивающаяся территория США. Большинство поселений имеет формат "55+", то есть недвижимость здесь могут купить только люди старше 55 лет. Поселение «Cottescroft» в Южной Калифорнии ориентировано на пожилых людей со слабым здоровьем. Состоит из частных владений, дома престарелых, медицинского центра, жилья для сотрудников, гостиницы и ресторана. Пенсионерам доступен широкий спектр услуг от помощи сиделок до врачей разного профиля. В Великобритании создан населенный пункт под названием «Хартриг Оукс». Это 152 домика, в которых живут только пенсионеры. Те, кто уже не может ухаживать за собой, могут переселиться в дом побольше, где им будут помогать медсестры. В деревне есть вся необходимая для проживания инфраструктура. Жители этой деревни платят отдельный взнос, и вся община зависит от притока новых жителей. В Новой Зеландии Компания

Summerset открыла в Окленде крупный жилой комплекс, предназначенный для проживания престарелых новозеландцев. Комплекс занимает 4,3 гектара в южной части города. Он включает многоквартирное здание на 95 апартаментов и 72 отдельно стоящих коттеджа, а также госпиталь на 52 койки. Здесь смогут проживать свыше 300 человек. Стоимость апартаментов составляет от 250 до 310 тыс. новозеландских долларов (\$160-200 тыс.), а стоимость вилл – 405-515 тыс. новозеландских долларов (\$260-330 тыс.). В проект инвестировано \$92 млн. В Японии создан специальный городок для людей, имеющих Болезнь Альцгеймера. Это жилой сектор с развитой инфраструктурой, приспособленной для людей с нарушенными когнитивными функциями. Проживание в таком городке позволяет продлить период самостоятельной жизни пожилых людей.

По мнению экспертов, пожилые не должны направляться в гериатрические клиники или пансионаты, пока сохраняются возможности оставаться дома. Помощь на дому – одна из наиболее распространенных европейских моделей предоставления услуг людям пожилого возраста и людям с ограниченными физическими возможностями. В различных странах она предусматривает врачебный осмотр и назначения, выполнение этих назначений манипуляционной медицинской сестрой, психологическую поддержку, персональный уход за телом (он предоставляется специально подготовленным работником) и нетяжелую домашнюю работу, которая может включать приготовление пищи за отдельную плату. Для получения этой услуги необходимо подать заявку и заполнить соответствующую форму. Получив их, социальный работник, ответственный за работу по уходу на дому, посещает заявителя на дому и проводит оценку потребностей. После этого он подает документы на рассмотрение соответствующего совета или комиссии, которая принимает решение о предоставлении такой услуги. Также предлагаются услуги, предусматривающие как подбор и установку дополнительного оборудования или приспособлений для облегчения жизни пожилых людей, так и инструктаж по использованию этого оборудования. Это может быть установка поручней для ванной, туалета, смена высоты мебели, разнообразные приспособления, которые возвращают человеку возможность быть независимым в осуществлении повседневных функций. Популярными в европейских странах становятся услуги с использованием телефонных сетей, которые предусматривают установку специальных устройств, оснащенных боль-

шой кнопкой, нажав на которую абонент может экстренно связаться с центром телефонной помощи.

Большой популярностью в странах Европы (Германии, Великобритании, Франции и др.) пользуются **дневные гериатрические центры**. Основной целью таких центров является не только поддержание здоровья путем проведения реабилитационных программ (физическая активность, питание, психологическая поддержка), но и создание безопасной среды для людей, что находятся в ситуации риска, поскольку большую часть времени они проводят в одиночестве в собственном жилище. Профессиональная нагрузка в большинстве центров составляет около 4-6 пациентов на одного обслуживающего работника. При определении нагрузки во внимание берется тяжесть состояния подопечных. Как правило, в европейских странах такие центры финансируются из местных бюджетов общественности, пожертвований и за счет оплаты услуг самими подопечными. В среднем, плата может составлять от 3 до 7 евро в день, в зависимости от времени пребывания в Центре. Отдельно может вноситься плата за обед, которая может составлять 1 евро.

Сегодня много внимания уделяется паллиативной помощи людям пожилого возраста. И это не удивительно, так как две трети онкобольных составляют люди старше 60 лет, большая часть которых перенесли инфаркт, инсульт, страдают болезнями Альцгеймера и Паркинсона.

Паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем смягчения проявлений неизлечимой болезни, предотвращения и облегчения их страданий. Это достигается благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким. В Великобритании, Канаде и Австралии паллиативная помощь входит в программы обучения студентов с 3-4 курса.

Формы оказания паллиативной помощи пациентам многообразны, они различны в разных странах, так как в каждой стране развитие этого направления идет по самостоятельному пути. Однако все эти формы можно разделить на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре.

Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения.

Паллиативная помощь преследует следующие цели: облегчение боли и других доставляющих беспокойство симптомов; утверждение жизни и выработка отношения к умиранию как к естественному процессу (не стремиться ни ускорить, ни отдалить наступление смерти). Паллиативная помощь включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить настолько возможно активно до самой смерти; предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты; использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников (в т.ч. в период тяжелой утраты), повышает качество жизни и положительно влияет на течение болезни.

Среди позитивного опыта предоставления паллиативной и хосписной помощи в странах Западной Европы, Израиля, США можно выделить:

- достаточное признание, оценка и поддержка развития системы паллиативной и хосписной помощи со стороны государственных и общественных структур;
- широкая доступность опиоидных анальгетиков для паллиативных пациентов;
- наличие специалистов, которые прошли специальную подготовку работы в команде по паллиативной и хосписной медицине;
- современное оборудование для осуществления паллиативного лечения и ухода;
- информированность населения по вопросам паллиативной и хосписной помощи;
- развитые традиции меценатства и благотворительности при финансировании паллиативной помощи.

Рассматривая положительные стороны предоставления паллиативной помощи, подчеркивается экономическая целесообразность при организации её на дому. Это, в частности, доказывает исследование

группы врачей и ученых, которое проводилось в Каталонии в 1998 г. Согласно с ним стоимость предоставления стационарной паллиативной помощи онкобольным была на 71% выше, чем стоимость предоставления аналогичных услуг на дому. Подобный вывод делает также и группа израильских ученых. После изучения предоставления гериатрической паллиативной помощи на дому было установлено, что её стоимость более чем в три раза ниже, чем в стационарных учреждениях. Одной из определяющих причин более низкой стоимости паллиативной помощи на дому является то, что значительную помощь по уходу обеспечивают члены семьи больного. Именно поэтому в настоящее время во многих европейских странах (Великобритании, Франции, Польше) основной акцент ставится на учреждения, предоставляющие паллиативную помощь на дому.

Финские ученые обращают внимание организаторов гериатрической помощи на необходимость комплексного, командного подхода к обслуживанию неизлечимо больных на дому. По их мнению, социальные работники, психологи могут привлекаться с целью уменьшения уровня депрессии и суицидальных мыслей, которые могут возникать как побочный эффект лечения обезболивающими лекарствами.

Как было уже сказано, одной из главных потребностей пожилых людей является не только лечение, но и социально-психологическая поддержка в сочетании с медицинской реабилитацией. Это является задачей, в основном, социальных гериатрических служб. В европейских странах социальные службы имеют хорошее финансирование, что способствует развитию сети учреждений (государственных и частных), которые могут предоставлять услуги на высоком уровне. В странах ЕС помощь людям пожилого возраста предоставляется развитой сетью частных учреждений. Для владельцев частных пансионатов содержание таких учреждений экономически выгодно, поскольку пребывание там платное. И хотя уровень оплаты достаточно высокий, услуги в пансионатах пенсионеры оплачивают самостоятельно (Германия, Бельгия, Франция, Чехия, Финляндия, Нидерланды). Для пенсионеров, пенсии которых не хватает на оплату пребывания в пансионатах, предусмотрена доплата за счет средств государственного бюджета (Бельгия, Германия, Чехия). Следует отметить, что в этих странах очень распространено волонтерство, когда за людьми пожилого возраста и больными ухаживают студенты, школьники и рядовые граждане на бесплатной основе.

Совет министров ЕС выделяет 600 млн. евро на проекты создания технологий для надлежащей и комфортной жизни пожилых (охрана жилья, интерфейсы для людей со слабым слухом, зрением, технология MobilAlarm для определения местонахождения в экстренных случаях, система I2HOME дистанционного управления бытовой техникой и т.д.).

Социальное обслуживание в экономически развитых странах давно уже носит индустриальный характер. До 50% домов престарелых всех форм, в т.ч. и обслуживание на дому у подопечного – частные. Инвестиции в эту отрасль считались достаточно прибыльными и, главное, абсолютно надежными, так как оплата за пребывание пенсионера в домах престарелых обеспечивалась их пенсией, имуществом, взносами членов семьи, но, что более важно, в случае исчерпания или отсутствия таких активов – государственными средствами. Пребывание в домах престарелых развитых европейских стран оплачивается из расчета 40-70 тыс. долларов в год (115-170 долларов в день) на одного человека.

За рубежом выделяют три ступени гериатрической помощи: институциональную, по месту жительства и на дому. Первая включает реабилитацию в условиях специализированных гериатрических отделений общих больниц или больниц сестринского ухода, уход при выздоровлении и хоспис. Вторая представлена дневными гериатрическими стационарами для реабилитации и медицинским/социальным дневным уходом. Специализированную гериатрическую амбулаторную помощь в гериатрических кабинетах, например, в Чехии получают только 4% людей в возрасте 65 лет и старше, в Голландии – 10%, в Великобритании и Швеции – 7%. Помощь на дому представлена медицинским уходом и мониторингом состояния пациентов. Эти последние формы геронтологического ухода широко распространены, например, в США, где 85% системы здравоохранения ориентировано на развитие амбулаторной службы и оказание помощи на дому. В 1945 г. на базе больницы Montefiore (штат Нью-Йорк) было создано отделение помощи на дому. В основу его работы положена концепция команды, которая предусматривала сотрудничество медиков и социальных работников. В 1950-60-е гг. возрастало количество программ помощи на дому для пациентов с функциональными нарушениями и психически больным. В 1958 г. на специальной конференции были представлены стандарты помощи на дому. С 1961 г. предоставлялись

гранты проектам развития служб, альтернативных стационарной помощи, 15% таких проектов предусматривали помощь на дому. Благодаря движению по созданию центров психического здоровья по месту жительства была сформулирована концепция социальной работы вне стационаров. В 1964-65 гг. новые программы финансирования здравоохранения Medicaid и Medicare сформировали понятия долговременной помощи для пожилых и людей с ограниченными функциональными способностями. С 1970-х годов гериатрическая помощь обеспечивается финансированием этих программ.

В США прослеживается тенденция создания условий для проживания престарелых людей у себя дома. Существуют различные фонды, обеспечивающие оплату медицинской помощи, предоставление дешевого жилья, продуктов питания, транспортных услуг. Распространена система выплат пособий семьям по организации ухода за пожилыми людьми в домашних условиях, на ремонт и благоустройство квартир, предоставление телефона во временное пользование. За все время внедрения помощи на дому в США сокращалось количество койко-дней в больницах. В домах по уходу (гериатрических пансионатах) с некоторым варьированием показателей находится только 5% людей старше 65 лет, каждый четвертый из них старше 85 лет. Значительное большинство пожилых людей продолжает жить дома, где сертифицированные агентства помощи на дому предоставляют им профессиональные услуги. О правильности такого подхода свидетельствует заключение ВОЗ: если человека преклонного возраста поместить в дом-интернат, оторвать от привычной социальной среды и связей, то, несмотря на хорошие условия проживания, полноценное питание и культурный досуг, в среднем он живет на 7-12 лет меньше.

Также в США отмечается быстрое развитие сети специализированных платных центров для оказания медицинской и медико-социальной помощи пенсионерам-инвалидам, страдающим тяжелыми заболеваниями нервной системы. Посетители таких центров обеспечены диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, проходят курс трудотерапии, к их услугам – логопед. Большое внимание уделяется организации их досуга: экскурсии, танцы, щадящие спортивные игры, беседы, диспуты с привлечением врачей, психиатров, сексопатологов, работает салон красоты. За инвалидами наблюдают медицинские сестры, регулярно сообщающие лечащим врачам о динамике их состояния

здоровья. Пребывание в таких центрах дешевле, чем в стационарных учреждениях. Немаловажное значение придается возможности освободить родственников инвалидов от необходимости постоянного ухода за ними.

Примеры зарубежных стран

Австралия. В стране работает долгосрочная программа помощи пожилым. Медицинская помощь и социальная поддержка проводятся на двух уровнях: помощь в стационаре и общественная помощь на дому. Организации делятся на сестринские дома и хостелы. В сестринских домах штат специализируется полностью на сестринском уходе или долгосрочной медицинской помощи престарелым. В хостелах оказывается помощь в кормлении, стирке, купании для тех лиц пожилого возраста, которые не нуждаются в долгосрочной медицинской помощи, но утратили способность к самообслуживанию. Эти учреждения финансируются федеральным бюджетом. Созданы специальные программы домашнего и общественного ухода, которые являются частью программы реформирования здравоохранения, начатой в 1985 году. Согласно этой программе муниципальные и частные некоммерческие организации оказывают услуги на дому, услуги патронажной медсестры, кормление и дневной уход. Эти программы финансируются совместно федеральным и местным бюджетами.

Таким образом, австралийская система гериатрической помощи включает в себя: обслуживание семейными врачами, специалистами, неотложной медпомощью и стационарным обслуживанием. У любого гражданина по системе государственного медицинского страхования Medicare отчисляется 1,5% от налогооблагаемого дохода. На старости человек получает пенсию после 65 лет со своих же ранее выплаченных налогов на зарплату. Для пожилых людей есть специальные недорогие поселения (так наз. Retirement village), а когда человек полностью теряет способность к самообслуживанию, то он может быть помещен в Nursing Home, где ухаживают до смерти, предоставляя не только гериатрическую, но и паллиативную помощь.

Австрия – среднеевропейская страна, насчитывающая около 8,5 миллионов жителей, относится к самым состоятельным странам Европейского сообщества. Традиционно высокому уровню медицины соответствует высокий стандарт медико-социального обеспечения

пожилых людей, который создавался в особенности в послевоенные годы, т.е. во время всеобщего экономического подъема западных стран. В связи с этим Австрию иногда называют «страной благосостояния» или «островом блаженствующих». Демографические данные соответствуют этому названию: в стране высокая средняя продолжительность жизни (у мужчин — 75,9; у женщин — 81,7) и одна из самых низких смертностей новорожденных в мире. Многопрофильные медицинские услуги пациентам разного возраста – основа австрийской медицины. В стране подавляющее число клиник неотложной помощи (например Krankenhaus Göttlicher Heiland Wien) отдельно специализируются на гериатрической медицине – оказании неотложной помощи и комплексном лечении пожилых людей. Цель состоит в том, чтобы пациенты были здоровы в старости как можно дольше. Следует подчеркнуть, что Австрия является страной – разработчиком модели «Домашняя опека» в работе Каритас Вены, имплементируя её в работу общественных и государственных структур других стран мира.

Великобритания. Помощь пожилым людям здесь оказывается в основном двумя путями. Медицинская помощь оказывается национальной системой здравоохранения (НСЗ), которая управляется государством и службой социального благополучия, которая подчинена местным органам власти. В Великобритании к учреждениям, оказывающим помощь пожилым людям относятся больницы, дома для престарелых, которые, в свою очередь, делятся на дома, находящиеся в ведении органов управления социальных служб, дома добровольных организаций, дома частных агентств, дома сестринского ухода (государственный и частный сектор), дома для инвалидов, приюты-общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики и инвалидов. Особая роль в оказании внебольничной медицинской помощи отводится центрам здоровья, организуемым при общинах.

Основные государственные директивы по уходу за пожилыми людьми заключаются в следующем: осуществлять переход от услуг в специализированных учреждениях, к обслуживанию пожилых на дому; координировать услуги, представляемые на дому через государственные органы социальной защиты; уделять больше внимания нуждам родственников, ухаживающих за пожилыми людьми; организовать систему оценки менеджмента.

Все услуги, которые оказываются пожилым людям в Великобритании можно разделить на три группы:

- профилактические: консультирование, организация различных клубов, предоставление оборудования и т.д.;
- услуги, которые помогают пожилым самостоятельно проживать в своем доме (после проведенной оценки потребности пожилого): уход на дому (помощь с покупками, в мытье, стирке и прочих услугах, обеспечение едой каждый день, организация центра дневного пребывания, организация кратковременного периодического пребывания пожилого в стационаре;
- специализированные услуги: группа интенсивной срочной помощи, реабилитация и т.д.

Таким образом, приоритетным направлением медико-социальной деятельности всех трех типов является помощь пожилым людям в сохранении дееспособности и независимости в своем собственном жилище. Обслуживание на дому включает перечень медицинских услуг, которые оказываются патронажным медицинскими сестрами в составе НСЗ, а обеспечением едой и дневными (в том числе гигиеническими) услугами занимаются местные органы социальной службы. Именно с 1993 года пришло понимание, что можно оказать более эффективную медико-социальную помощь в домашних условиях. Согласно этим реформам правительство в своей политике изменило приоритет оказания помощи с уровня местных исполнительных органов и служб социального обеспечения после определения нужд и потребностей пожилых людей к услугам неправительственных организации и частных кампании. При этом от этих организации требуются учет нужд и потребностей пожилых, план по оказанию помощи. Государственная политика в отношении престарелых граждан и инвалидов ориентирована на создание полноценных условий для проживания в домашних условиях за счет предоставления нестационарных форм и видов медико-социального обслуживания. Такую позицию обуславливает и недостаточное развитие сети гериатрических пансионатов (интернатов), часто не располагающих возможностью оказать полноценную помощь из-за отсутствия собственной медицинской службы, условий интенсивного медицинского и бытового ухода. Существующие в стране дома-интернаты предназначены для старых одиноких людей.

Заслуживает внимания опыт по созданию оптимальных условий для проживания престарелых и инвалидов. В случаях, когда жилье

перестает соответствовать требованиям, местные органы власти (общественные организации) могут переоборудовать старую или предоставить за умеренную плату специально приспособленную квартиру, оснащенную средствами передвижения и связи. Когда в одном районе сосредоточено большое число переоборудованных квартир, территориальные комитеты социальных услуг вводят оплачиваемую должность специального управляющего жилищным фондом, нередко с медицинским образованием.

Уход за более активными пожилыми людьми также осуществляется и в специализированных поселениях из группы домов, квартир или одноэтажных строений с верандой, где жильцы могут жить независимо. Им предоставляют разного рода удобства, а смотритель, проживающий по месту службы, в случае необходимости оказывает срочную помощь. Помимо персонала из агентств, добровольцы предоставляют ряд услуг: посещают старых людей на дому, в госпитале, помогают делать покупки, ухаживают за садом, предоставляют транспорт.

Большая роль в социальной защите престарелых и инвалидов отводится органам здравоохранения, которые предоставляют пожилым гражданам предметы санитарии и гигиены. Медицинские сестры регулярно посещают их на дому, оказывая доврачебную помощь, дают советы по профилактике заболеваний, диете, уходу, в т.ч. организуют дежурства дневных или ночных сиделок.

Германия – это страна, в которой высоко развита область медицины, которая занимается профилактикой, диагностикой и лечением заболеваний, характерных для людей пожилого возраста. Главная цель – это мобилизация всех резервов организма, направленных на сохранение самостоятельности человека, т.к. болезни, типичные для пожилого возраста, зачастую ограничивают физические и умственные способности человека, в результате чего происходит потеря самостоятельности и постепенно возникает необходимость в постороннем уходе, опеке. По мнению немецких специалистов, каждый евро, вложенный в гериатрическую реабилитацию приносит в конце года 10 евро экономии на снижении потребности в госпитализации и уходе. Чем более самостоятельным чувствует себя человек в пожилом возрасте, тем он более радостен, бодр и спокоен.

В Германии традиционно важную роль в медико-социальном обслуживании престарелых и инвалидов играют амбулаторные и ге-

риатрические стационарные медицинские структуры региональных больничных касс, добровольные объединения, церковные благотворительные союзы и Немецкий Красный Крест. В целом эти организации формируют основной блок предоставления услуг. Помочь пациентам полноценно восстановиться после операций, острых заболеваний или длительного пребывания в клинике – задача физиотерапевтов, врачей и всего персонала гериатрических клиник Германии. Не менее важной целью является восстановление силы духа и душевного равновесия. Каждому пациенту в гериатрических клиниках обеспечены индивидуальные опека и уход. Весь процесс реабилитации каждого пациента постоянно обсуждается на коллективных совещаниях персонала клиники. Гериатрические программы лечения в Германии: натуральный (биологический) метод лечения живыми клетками, специализированная клиника Ghersburg для гериатрической реабилитации, Регенерационная терапия по проф. Др. Аслан, Курорт Бад Эн-дорф (Бавария) и др.

Большое распространение в стране получили гериатрические центры дневного пребывания, различные клубы для пожилых людей. Несколько лет назад начали создаваться отделения для оказания престарелым комплексной медицинской, психологической и социальной помощи и ухода за больными в домашних условиях. Важно отметить, что значительная часть затрат покрывается страхованием. Пожилые люди, на свое усмотрение могут выбирать или ежемесячные наличные платежи (от 235 до 700 евро) для покрытия своих потребностей в уходе платить эти деньги друзьям или родственникам, которые за ними ухаживают) или получать преимущества в неденежной форме в виде услуг профессионального ухода (на что также выделяется от 450 до 1550 евро). Система страхования на случай длительного ухода в Германии несет ответственность за проверку качества ухода примерно в 12000 учреждений по уходу, имеющих в стране, в то время, как реципиенты могут выбирать, какие услуги и где они хотят получить.

Так как люди преклонного возраста (и их семьи) предпочитают сохранять уход в домашних условиях как можно дольше, основной проблемой тех, кто за ними ухаживает, является отсутствие замены в случае болезни, потребность в отдыхе (в том числе на праздники), а также отсутствие свободного времени. В течение нескольких лет значительно возросло число служб, предлагающих временные услуги – «Передышка для семьи», «Уход по заявке» – в небольших учреждении-

ях, оснащенных и оборудованных в соответствии с профессиональными стандартами. Хотя пользователи частично оплачивают данный вид услуг, они весьма ими довольны, как и разработчики государственной политики в этой сфере.

В системе гериатрического (долговременного) ухода есть несколько степеней обслуживания в зависимости от типа услуг, степени необходимости в них и периода времени, в течение которого они оказываются:

- I степень: необходима помощь по крайней мере в двух видах деятельности, касающихся ухода за телом, принятия пищи и передвижения (по крайней мере раз в день), а также помощь по хозяйству (по крайней мере несколько раз в неделю) с общей средней продолжительностью обслуживания не менее 90 минут в сутки;

- II степень: помощь необходима по крайней мере трижды в день, а общая ее продолжительность составляет не менее 3 часов в сутки;

- III степень: помощь требуется круглосуточно, и общая ее продолжительность составляет по крайней мере 5 часов в сутки. Помощь в денежной форме оплачивает домашний уход, осуществляемый членами семьи; расценки следующие: I степень – 205 евро; II степень – 410 евро; III степень – 665 евро в месяц (плюс профессиональная подмена на время отпуска до 1432 евро в год). Предел оплаты за профессиональную амбулаторную помощь, оказанную в натуральной форме, составляет 384, 921 и 1432 евро в месяц, соответственно. Кроме того, члены семьи, осуществляющие уход на дому, бесплатно обучаются на соответствующих курсах, а на время их отпуска больному обеспечивается краткосрочный уход.

Германия входит в число четырех стран, имеющих систему страхования на случай длительного ухода. Другими тремя странами являются Япония, Нидерланды и Республика Корея. Другие системы длительного ухода финансируются из налоговых поступлений в размерах, варьирующих в зависимости от страны. В странах, не имеющих такой системы, финансовое бремя ложится на самих людей, нуждающихся в длительном уходе, и на их семьи.

Надо заметить, что несмотря на то, что система страхования на случай длительного гериатрического ухода в Германии получила международное признание, ее устойчивость в будущем подвергается сомнению. По данным Организации экономического сотрудничества и

развития (ОЭСР) в настоящее время примерно 20% населения Германии старше 65 лет. В 2009 г. 2,24 млн. человек были в возрасте 65 лет и старше, а к 2050 г. это число практически удвоится, достигнув 4,35 млн. человек. По прогнозам, к этому времени Германия станет второй после Японии страной ОЭСР, имеющей самое старое население.

Более того, страхование на случай длительного гериатрического ухода в Германии финансируется на основе немедленной оплаты расходов: взносы незамедлительно распределяются на финансирование ухода. Это означает, что страховые взносы должны повышаться по мере возрастания соотношения числа реципиентов к числу не реципиентов. Некоторые финансисты предлагают перейти к модели предварительной оплаты, которая позволила бы расширять финансирование страхования на случай предполагаемого длительного ухода в соответствии с его обязательствами. Но любая реформа, которая влечет за собой повышение взносов или расширение государственного финансирования, трудноосуществима и требует всестороннего обсуждения.

Дания. Характерно выраженное разнообразие учреждений гериатрического медико-социального обслуживания. Их функции и организационные формы определяются в каждом из округов индивидуально. Основные учреждения: дневные центры, дневные дома по уходу, ДСУ, приюты, учреждения, оказывающие помощь на дому в вечернее и ночное время, в выходные дни.

Израиль Продолжительность жизни в Израиле одна из самых высоких в мире и сегодня составляет в среднем 82 года. Израиль является одним из лидеров по числу долгожителей, возраст которых перешел 100-летний рубеж. Главное достижение гериатрии Израиля – это активное долголетие, что подтверждается данными статистики всемирной организации здравоохранения. Особенность жителей Израиля заключается в молоджавости, активности и жизнедеятельности стариков, посещающих клубы, театры, массовые мероприятия. Да и стариками их в Израиле называть не принято. Гериатрия Израиля занимает важное место в здравоохранении. При медицинских центрах функционируют специализированные гериатрические отделения, где лечат заболевания с учетом возрастных особенностей пожилых пациентов: атеросклероз, болезнь Альцгеймера, Паркинсона, артроз, катаракта и т.д. В каждой области медицины работают квалифицированные специалисты – гериатры и геронтологи для оказания квалифицированной помощи пожилым пациентам. В Израиле существуют специализиро-

ванные гериатрические клиники, такие например, как Центр Гериатрии «Бейт-Ривка» при Тель-Авивском медицинском университете, или гериатрическая больница «Харцфельд». Помимо этого, отделения гериатрии есть в каждом крупном медицинском центре, таком, как клиника «Кармель». В этих клиниках пожилым людям оказывается всесторонняя медицинская помощь, как при первичных изменениях, таких как возрастные изменения кожи: появление морщин, пигментных пятен, соединительнотканых узелков, так и восстановлением после перенесенного инсульта, инфаркта миокарда, переломов, связанных с возрастной хрупкостью костей. Также осуществляется уход за пациентами пожилого возраста с болезнью Альцгеймера, Паркинсона, сенильными расстройствами – тех категорий пациентов, которая утрачивает способность самостоятельного обслуживания своих повседневных нужд.

Методы гериатрии Израиля базируются на новейших достижениях медицины, на использовании высоких технологий в лечении больных. К примеру, в Израиле отмечена самая высокая в мире эффективность лечения атеросклероза коронарных сосудов за счет применения малотравматичных эндовазальных технологий. Лучшие результаты лечения болезни Альцгеймера и Паркинсона также принадлежат израильским клиникам за счет использования новейших хирургических методов лечения, электростимуляции. Лечение катаракты в Израиле проводится по уникальной методике, не дающей рецидива заболевания. Возрастная слепота вследствие макулодистрофии успешно лечится имплантацией в глаз миниатюрной видеокамеры. А протезирование суставов с гарантией на десятки лет по праву признано лучшим в мире. К тому же в разных клиниках Израиля для людей пожилого возраста работает система скидок, купонов и подарков.

В Италии наряду с общими амбулаторными медицинскими услугами, учреждения гериатрического профиля представлены приютами, учреждениями для оказания помощи на дому, домами-гостиницами, дневными центрами, дневными стационарами, домами отдыха.

Канада. Одним из самых важных индикаторов успеха существующей системы здравоохранения является здоровье канадцев. Продолжительность жизни канадцев составляет 78,6 лет (81,4 года для женщин и 75,8 лет для мужчин), что является одним из самых высоких показателей среди развитых стран. Канадское здравоохранение -

одна из немногих сфер, которой по праву гордится государство. Канадская система здравоохранения финансируется государством и лучше всего описывается как система страховых и медицинских планов десяти провинций и трех территорий. Эта система известна под названием Medicare и обеспечивает бесплатное или практически бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам Канады, в том числе и людям пожилого возраста. В дополнение к общегосударственной системе медицинского страхования, провинции и территории также обеспечивают медицинским обслуживанием ту часть населения, которая нуждается в дополнительных медицинских услугах - пожилых людей, детей и безработных. Эти дополнительные пакеты медицинских услуг часто включают бесплатные лекарства, стоматологическую помощь, услуги окулиста, различные приспособления для инвалидов. В Канаде для престарелых больных при больницах организуются центры амбулаторного гериатрического обслуживания. Пациенты находятся под наблюдением специалистов больницы и ее лабораторно-диагностической службы. Выездная бригада в составе врача-геронтолога, среднего медицинского персонала, специалиста по трудотерапии, консультанта-психолога посещает престарелых на дому и решает вопрос о целесообразности госпитализации или оказания помощи семье в уходе за больным на дому.

Китай. Активно поддерживается политика благополучия для пожилых и инвалидов. Численность населения старше 60 лет составляла в 90-х годах примерно 120 миллионов человек, или 9,7% общей популяции. Ожидается, что, к 2040 году это число достигнет 140 миллионов и примерно в это же время страна достигнет пика старения общества. Ещё в 1960 году был принят Закон о обеспечении прав человека в пожилом возрасте, который является основой для существующей политики в области социальной поддержки престарелых и сегодня. Этот Закон обязывает большинство семей, как основы безопасности и укрепления общества, обеспечить базовые условия социальной безопасности, образования для пожилых, индивидуальное развитие, культурную деятельность и социальное участие. На коммунальном уровне имеются специальные службы, ответственные за обучение пожилых в духе самостоятельности, самопомощи, и за организацию социальных услуг для пожилых. Эти службы включают оказание медицинской помощи и развитие социального образования. Существует 43 тысячи организаций для пожилых (включая дома и учре-

ждения для пожилых) с 785 тысячами пациентов. Пять тысяч университетов и школ занимаются образовательной деятельностью для лиц пожилого возраста. В 1990 году был принят Закон о безопасности инвалидов. Он обеспечивает основные меры по защите прав, ответственности государства по медико-социальной реабилитации, образованию, найму на работу, культурной жизни, политики благополучия, социальному окружению, ответственности за причиненный вред здоровью. Коммунальная ответственность предполагает эффективную деятельность служб социальной помощи для инвалидов с 10,5 тысячами медицинских реабилитационных центров и почти 5,7 тыс. организациями и учреждениями социальной службы.

Нидерланды. Как и в других странах, медицинская помощь людям пожилого возраста оказывается в общей сети амбулаторных учреждений и в специализированных гериатрических структурах дневного и общего пребывания. Пожилые люди в Нидерландах предпочитают жить как можно дольше у себя дома, в привычном окружении, в знакомом обществе, и муниципальные комитеты по оценке потребностей их в этом поддерживают. Кроме того, люди, у которых пенсия больше, согласны сами платить за помощь по дому, вспомогательные приспособления и переустройство дома. Следует отметить, что в последние 20 лет быстрыми темпами развивались гериатрический уход на дому и специализированная гериатрическая амбулаторная помощь. Появились новые виды обслуживания: герореабилитационная и геропсихиатрическая помощь, дневные гериатрические стационары, сестринское надомное обслуживание, развозка обедов на дом; системы сигнализации для престарелых, живущих дома; службы «передышки семьи» (временное поселение после госпитализации или как временная мера для отдыха тех, кто обычно ухаживает за больным). В Амстердаме, Гронингене и Утрехте была объединена деятельность по предоставлению услуг в домах престарелых и инвалидов с подобной деятельностью по уходу на дому, что включала, например, мониторинг здоровья, предоставление временных сестринских услуг, переделку дома и обеспечение персональными вспомогательными приспособлениями, такими как инвалидные кресла.

Для осуществления гериатрического ухода на дому пожилые люди могут выбирать медицинскую сестру из районной организации ухода на дому, найти кого-нибудь самостоятельно, через знакомых, или обращаться в коммерческую фирму. В последнем случае им вы-

деляется личный бюджет, из которого они оплачивают обслуживание. Разделение проживания и обслуживания – еще одно новое явление в помощи престарелым. Рост гериатрических знаний и квалификации врачей общей практики и организаций гериатрического ухода на дому, миниатюризация медицинского оборудования и приспособления для ухода, все большее распространение электронной передачи данных и повышение приспособленности домов пенсионеров к переделкам – все это дает возможность предоставлять гериатрический уход и медицинское обслуживание, как общее, так и психогериатрическое. В провинции Утрехт в настоящее время существует программа геронтопсихиатрического ухода за престарелыми с Болезнью Альцгеймера на дому, предоставляющая те же услуги, что и в специализированных стационарных структурах.

В Польше центральной фигурой является гериатрический пациент: не только больной, но и здоровый человек, который, например, нуждается в профилактической реабилитации и образовательно-воспитательной работе по формированию и укреплению здорового образа жизни.

Оказание герореабилитационной и долговременной помощи осуществляется в Польше как медицинским, так и социальным сектором, однако организуется дальнейшее улучшение взаимодействия между этими секторами. Предоставление финансовой помощи членам семей, осуществляющим уход на дому, которые представляют собой основной источник гериатрической помощи для пожилых, инвалидов и больных с хроническими состояниями, весьма ограничено. Вместе с тем, сеть учреждений паллиативной помощи хорошо развита, а спектр предоставляемых услуг широк.

Непрерывный рост числа лиц старше 65 лет и инвалидов склонил руководство здравоохранения к поиску качественных и недорогих форм медицинской помощи для этой категории лиц. Начали создавать больницы сестринского ухода, в которых работают только медсестры и вспомогательный персонал. Врач в таких больницах (отделениях) выполняет функции консультанта, которого медсестры вызывают в случае необходимости. Однако большинство населения Польши обосновано считает, что старый человек, инвалид лучше все чувствует себя дома. Тут на помощь пациенту и членам его семьи приходят медсестры первичной медико-санитарной помощи со специализацией по уходу за гериатрическими пациентами и паллиативными больными.

США. Проводится политика охраны здоровья и благополучия для лиц пожилого возраста и инвалидов. Федеральное правительство поддерживает службы социального благополучия в соответствии с Актом по пожилым американцам, но распределение бюджета при этом остается очень малым. Основные средства выделяются программами Medicare and Medicaid, которые оплачивают расходы на услуги сестринских домов и домашний уход. Различия в необходимых расходах отличаются соответственно по регионам и доходам. Профессиональные услуги помощи на дому предоставляют сертифицированные Агентства помощи на дому, которые могут быть частными или некоммерческими. Агентства реализуют медицинские и реабилитационные программы, включая квалифицированный уход, физиотерапию, речевую и трудотерапию, консультации социальных работников, психологов, диетологов и др.. Для слияния частного страхования в оказании длительной программы помощи в августе 1996 года был пересмотрен Закон о медицинском страховании и расходы были приведены к рациональной схеме. Тем не менее, инвалиды могут получать пенсии в дополнении к социальной поддержке, программам Medicare and Medicaid. Пожилым людям оплачивается в соответствии с этими программами оказание паллиативной помощи в терминальной стадии жизни.

Во Франции развитие медико-социальной помощи престарелым и инвалидам направлено на создание условий для максимально долгого пребывания в домашних условиях. Закон о долгосрочной программе поддержки престарелых принят в 1997 году и устанавливает специальные выплаты для оказания заботы и ухода за престарелыми. Эти преимущества предназначены только для французов или для иностранных граждан, долго живущих в стране в возрасте 60 лет и старше с низким доходом, страдающих серьезными болезнями и нуждающихся в уходе и лечении. Эти выплаты даются по рассмотрению заявок с подтверждающими документами и свидетелями (в том числе проживающими вместе соседями и родственниками) в необходимости такого ухода и лечения. Размеры выплат по социально-медицинской поддержке после установления выплачиваются местными органами власти (префектурами).

Следует подчеркнуть, что именно во Франции получило развитие направление государственных и частных гериатрических кабинетов (мониторинг здоровья, реабилитация и назначения при обострении

заболеваний), сестринский уход на дому (выполнение назначений врача) и служба «домашних помощников».

Служба «домашних помощников» предназначена для оказания пожилым людям услуг преимущественно бытового характера (приобретение продуктов питания, приготовление пищи, содержание жилых помещений). Финансируется она за счет государственного или частного страхования. Государство может предоставить организациям или добровольным объединениям финансовую помощь.

Во Франции организованы специальные бригады для оказания амбулаторией помощи на дому в составе врача, медицинской сестры и социального работника, а также, для престарелых людей, которые не в силах обслуживать себя самостоятельно, предназначена служба домашнего сестринского ухода, включающая элементы доврачебной медицинской помощи, гигиенические услуги. По решению лечащего врача бригада – медицинская сестра и ее помощник – осуществляют уход на дому. Сестры выполняют врачебные назначения и контролируют работу помощников, которые могут переодеть больного, умыться, сделать клизму. Оплата услуг по установленным расценкам производится за счет страхования по болезни.

Объем помощи инвалидам и финансирование не зависят от уровня жизни или места проживания, что ликвидирует разрыв между медицинским и социальным сектором. Только состояние здоровья пожилого человека определяет объем и степень необходимой помощи с учетом его окружения.

Швеция. С 1992 года в стране работает «Реформа Эдель», согласно которой единая программа медико-социального обслуживания престарелых осуществляется на уровне коммун. В 1994 году был принят закон «Акт о поддержке и обслуживании людей с определенными функциональными нарушениями», который является основой для оказания социальной и реабилитационной помощи для людей с различными нарушениями. В принципе общество берет ответственность в этой сфере на себя на уровне коммун. В дальнейшем была учреждена должность омбудсмена для инвалидов с целью защитить права инвалидов и вовлечь их в общественную и социальную жизнь. В июне 1998 года был разработан «Национальный план действия по политике для пожилых», который был одобрен Парламентом. План включал меры по распределению грантов по поддержке и более мягкому вхождению людей в пожилой возраст, установлению мониторинга по ме-

дицинской и социальной поддержке престарелых и т.д. В этой стране существует хорошая политика по охране здоровья и благополучию пожилых и инвалидов. Так, в Швеции за два десятилетия в 5 раз снизилось число пожилых людей, проживающих в домах по уходу (от 26% до 5 %). Каждому гражданину обеспечивается единообразие социальных условий, независимо от места проживания. Конституционная защита находит свое выражение в Законе о социальном обеспечении. Наиболее важную часть данного закона составляет ст. «Право на помощь». Комитет по социальным делам обязан следить за тем, чтобы лица преклонного возраста могли вести независимую, активную и наполненную жизнь. Жилье с удобствами, приспособленные транспортные средства, семейная помощь – необходимые составляющие. Защита пожилых основывается на обеспечении их материальной безопасности. Каждый гражданин имеет право на базовую национальную пенсию по старости, независимо от доходов и участия в трудовой жизни. Также может получать дополнительную пенсию, исчисляемую пропорционально профессиональному доходу. Закон подчеркивает, что медицинские услуги должны быть доступны с учетом права пациента на свободный выбор. Медицинский уход финансируется за счет сборов, взимаемых местными советами, дополняемых государственными дотациями и всеобщей системой страхования. Национальная служба здравоохранения является почти бесплатной для пожилых. Незначительная оплата взимается за оказание специализированной медицинской консультации вне больницы, преимущественно в частных структурах. Законодательство страны по вопросам здравоохранения включает право человека на получение информации о состоянии здоровья, необходимых исследованиях и лечении; на возможность советоваться и договариваться по поводу ухода; на отказ от лечения; на ознакомление с историей болезни; на обращение с жалобой о грубых нарушениях со стороны персонала. Применительно к лицам преклонного возраста, утратившим самостоятельность, политика в области здравоохранения направлена на максимальную социальную интеграцию.

Южная Корея. В стране работает специальная программа, направленная на благополучие пожилых. Если в 1988 году численность пожилых лиц старше 65 лет составляла 3,05 млн., или 6,6% всего населения, то к 2020 году ожидается 14%. Южная Корея становится стареющим обществом. Политика социальной поддержки направлена,

в первую очередь, на пожилых с низким уровнем дохода. Социальная и медицинская поддержка подразумевает расширение числа и улучшение качества организаций и учреждений, оказывающих помощь пожилым, улучшение пенсионной системы, программу укрепления здоровья в пожилом возрасте, службы оказания услуг на дому, укрепление социального партнерства пожилых, усиление программ по стимулированию активности и развитию уважения в обществе к пожилым людям. Заслуживает интерес проведение специального 10-летнего плана для пожилых людей с когнитивными расстройствами (1996-2005), который позволил внедрить национальные мероприятия против синильной деменции (старческого слабоумия), включая организацию специальных санаториев для слабоумных, расширение помощи в стационарной медицинской помощи, разработку специальных программ по профилактике, менеджменту помощи для этой категории людей и обеспечение соответствующей информацией всех центров здоровья. С целью развития социальной помощи на дому для пожилых, специалисты могут связываться с центрами, оказывающими дневные услуги, такие как уход за больным, его купание и другие необходимые услуги. С целью расширения социального партнерства пожилых, правительство поддерживает использование опыта жизни и знаний пожилых на коммунальном уровне. В соответствии с нарастающими проблемами участия женщины в работе общества и сокращением количества многопоколенных семей, правительство поддерживает развитие сестринского ухода и служб социальной реабилитации семей, особенно среди людей с низкими доходами.

В Японии продолжительность жизни после второй мировой войны возросла и достигла 78 лет для мужчин и 82 лет для женщин. Люди старше 60 лет составляют более 30% населения. Изменение демографической ситуации в начале XXI века требует совершенствования системы медико-социального обслуживания пожилых людей.

Проблемы медицинского обслуживания стареющего общества на первом этапе решают службы здравоохранения на местном уровне. Каждому человеку, старше 40 лет, выдают медицинскую книжку, проводят детальное медицинское обследование, оценивают состояние здоровья, проводят скрининг на онкологические заболевания (рак желудка, матки) и т.д. Если по состоянию здоровья человек не может работать дальше, оказывают медицинскую помощь на дому и дают советы по уходу. Людям в возрасте 65 лет и старше медицинскую по-

мощь обеспечивают местные государственные власти и системы страхования. В стране популярны гериатрические «дома» и «деревни». Созданы экспериментальные «городские сектора» для больных Болезнью Альцгеймера с набором услуг, продлевающих самостоятельное пребывание таких пациентов без условий госпитализации.

Таким образом, анализ современных тенденций оказания медико-социальной помощи в мире свидетельствует о целесообразности поиска перспективных форм обслуживания лиц старших возрастов. Отмечается разнообразие типов учреждений и оказываемых ими видов медико-социальной помощи. Координация и сотрудничество служб здравоохранения и социальной помощи имеет тенденцию к их слиянию. Широко представлена благотворительная добровольная деятельность. В условиях роста затрат на здравоохранение и ограниченности государственных ресурсов кооперация с добровольными организациями рассматривается как существенный резерв улучшения медико-социальной помощи.

Международная практика оказания медико-социальной помощи, демографические тенденции предъявляют новые требования к системе гериатрической помощи, в том числе долгосрочного ухода. Старение населения приведёт к дополнительным сложностям в предоставлении и использовании услуг длительного ухода. Долгосрочный уход включает в себя сочетание медицинских, социальных и жилищных аспектов. Тремя распространёнными видами услуг являются домашний уход, дома гостиничного типа и дома престарелых, и интернаты для престарелых. Кроме того, в дополнение к домашнему уходу существуют разнообразные программы дневного ухода вне дома: центры дневного содержания престарелых, центры временного ухода, программы обучения и поддержка лиц, неформально осуществляющих уход.

В основном длительный уход в различных странах обеспечивается на дому пациента и на базе больничных организаций, а так же неформально, членами семьи нуждающихся в уходе. Наличие и использование услуг организаций интернатного типа в большинстве стран весьма ограничено. Там, где такие услуги имеются, за предоставление длительного ухода отвечают разнообразные структуры, включая местные органы власти, в сферу ответственности которых входит общественный уход. Уход за лицами, страдающими хроническими психическими заболеваниями, обычно осуществляется в психи-

атрических больницах. Добровольные и негосударственные организации в большей степени предоставляют услуги хосписов, интернатов для престарелых, и реабилитационные услуги; кроме того, они обеспечивают длительный уход в центрах проживания и уход на уровне общин.

Во многих странах основная часть лиц пожилого возраста, пользующихся услугами, получает их в рамках неформальной помощи на дому, как, например, в Австрии и Испании (около 80%).

Для планирования и организации длительного ухода важно прогнозировать, какому количеству лиц пожилого возраста он потребует-ся. **Во-первых**, по всей видимости, наиболее действенной мерой по совершенствованию услуг здравоохранения и сокращению расходов будет поддержка мер, направленных на улучшение здоровья пожилого населения. Это относится и к стратегии, рассчитанной на долгосрочную перспективу: использование профилактических мер медицинского и социального характера на более ранних этапах, чтобы снизить потребность пожилых людей в медицинском или длительном уходе. Такие меры включают в себя изменения в образе жизни, особенно пропаганду регулярных физических упражнений, контроль питания и веса, профилактику других поведенческих факторов риска.

Во-вторых, для сокращения расходов совершенно необходимо принять адекватные решения в области финансирования и предоставления длительного ухода. При этом важно предусмотреть такие механизмы предоставления услуг и сформировать услуги, чтобы они обходились государственному бюджету дешевле при необходимом уровне качества. В качестве примера можно привести схемы, в которых к предоставлению ухода привлекаются соседи и жители сообществ: «районы, готовые предоставить уход» в Нидерландах и «открытые центры ухода» в Греции. Такие подходы вводят категорию ухода (частичную, медицинскую, частично – социальную, сочетающую уход на дому с первичной медико-санитарной помощью), которая удовлетворяет потребности лиц пожилого возраста, и которой легче воспользоваться, чем обычными услугами первичной медико-санитарной помощи.

В-третьих, лица, осуществляющие неформальный уход и составляющие основу эффективной по затратам системы длительного ухода, должны получать соответствующее признание и поддержку. Это предложение отражает две серьезные проблемы на уровне поли-

тики. Первое заключается в том, что, главным образом, такой уход осуществляют женщины, не имеющие постоянной регулярной работы, а их численность либо сократилась, либо, согласно прогнозам, будет сокращаться. Второе связано с их способностью и желанием вести эту работу и в дальнейшем. Присутствуют реальные опасения в отношении того, что лица, бесплатно осуществляющие неформальный уход, окажутся перегруженными и встанут перед необходимостью передать своих престарелых членов семьи в организации интернатного типа.

В-четвёртых, с целью сохранения достаточного количества лиц, осуществляющих уход, для тех, кто ухаживает за лицами пожилого возраста, желательно предусмотреть денежные выплаты и определённые льготы, так чтобы эти люди получали некоторую материальную отдачу от своей деятельности. В странах с развитыми системами социального медицинского страхования (Австрия и Германия) и в налоговых системах ряда скандинавских стран лица, ухаживающие за престарелыми, получают пенсионные зачёты. В Нидерландах, с 2003 года, для определённых категорий пациентов имеется возможность сочетать как платный, так и неформальный уход в рамках индивидуального бюджета, что позволяет «неформальным помощникам» в более сложных случаях обращаться к помощи специалистов.

Странам Восточной Европы, в том числе и Украине, необходимо сформулировать стратегии длительного ухода так, чтобы он, главным образом, предусматривал уход на дому и привлечение лиц, осуществляющих уход на неформальной основе, вместо предоставления услуг на базе учреждений интернатного типа. В основном это обусловлено теми потребностями, которые будут возникать по мере увеличения среди пожилого населения доли лиц, не способных обслуживать себя самостоятельно, а также процессами, протекающими в области организации ухода за пожилыми людьми в странах, давно входящих в ЕС.

Глава 3

Продолжительность жизни в странах Европы: связь с показателями системы здравоохранения

Известный английский философ Фрэнсис Бэкон в еще в XVI веке писал о трех задачах медицины, которые актуальны и в наши дни. Медицина должна: во-первых, сохранять здоровье; во-вторых, излечивать болезни; в-третьих, продлевать жизнь человека.

Средняя продолжительность жизни (СПЖ) в Украине в последние годы составляет около 69 лет, а в странах Европейского Союза – 74 года. При этом каждый десятый украинец не доживает до 35 лет, а каждый четвертый — до 60 лет. Смертность в Украине намного выше, чем в большинстве европейских стран, особенно у мужчин. Основной вклад в демографические проблемы последних лет вносит смертность людей в результате сердечно-сосудистых заболеваний. Украина по этому показателю среди всех стран Европы находится в четверке лидирующих стран, вместе с РФ, Беларусью и Молдовой. Начиная с 1990 г., СПЖ в Украине снизилась примерно на 2-3 года (в последнее время наметилась тенденция к ее увеличению). При этом в странах ЕС СПЖ постоянно увеличивается, особенно значительно у женщин (+5 лет по сравнению с 1980 годом).

СПЖ, являясь интегральным показателем, зависит от социальных (в частности, экономических) факторов, образа жизни, питания, экологии. Одним из важнейших факторов, определяющих смертность, а значит и СПЖ, является медицина. Эффективность медицины зависит не только от ее научно-технического уровня развития, но и от системы организации медицинской помощи населению. Одной из причин низкой СПЖ в Украине является именно неэффективная система здравоохранения. Количество койко-мест (на 100 тыс. населения) в Украине вдвое больше, чем в развитых европейских странах, однако СПЖ на 10 лет меньше.

Для выяснения степени влияния эффективности здравоохранения на СПЖ и было предпринято настоящее исследование, в котором целью стало проанализировать связь между различными показателями

здравоохранения и СПЖ в 40 странах Европы. Такой анализ особенно актуален в связи с предстоящим реформированием системы здравоохранения Украины.

В исследовании использована Европейская база данных "Здоровье для всех" (БД-ЗДВ/*HFA-DB*, <http://data.euro.who.int>). Анализировали показатели ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ): от рождения, от 15, 45 и 65 лет в 40 странах Европы и европейской части СНГ.

Рассматривали следующие показатели здравоохранения (см. табл. 1-3):

- 1 — число больниц на 100 тыс. населения,
- 2 — число больничных коек на 100 тыс. населения,
- 3 — число коек в частных больницах, % всех коек,
- 4 — число врачей на 100 тыс. населения,
- 5 — врачи терапевтических специальностей на 100 тыс. населения,
- 6 — средняя продолжительность пребывания в стационаре, суток,
- 7 — среднее число амбулаторных контактов на человека в год,
- 8 — общие затраты на здравоохранение, % ВВП,
- 9 — государственные затраты на здравоохранение, % ВВП,
- 10 — частные затраты на здравоохранение, % ВВП,
- 11 — общие затраты на здравоохранение, \$ на душу населения в год,
- 12 — государственные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение,
- 13 — частные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение,
- 14 — затраты на стационарную помощь, \$ на душу населения в год,
- 15 — затраты на медикаменты, \$ на душу населения в год.

Статистическую обработку данных выполняли с использованием методов вариационной статистики, корреляционного, регрессионного и кластерного анализа. Достоверность различий средних значений показателей оценивали по *t*-критерию Стьюдента.

Сравнение СПЖ в 40 странах Европы (рис. 1, 2) показывает, что Украина по этому показателю у мужчин занимает предпоследнее место (после РФ) и третье с конца — у женщин (после Молдовы и РФ).

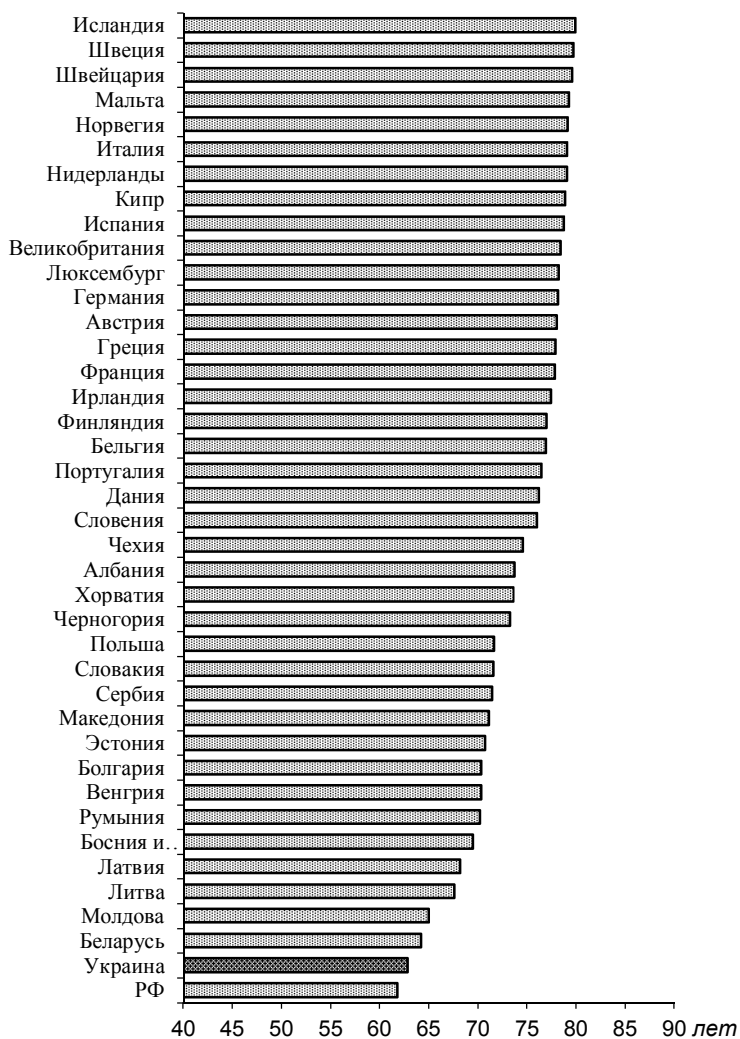


Рис. 1 Средняя продолжительность жизни мужчин в странах Европы.

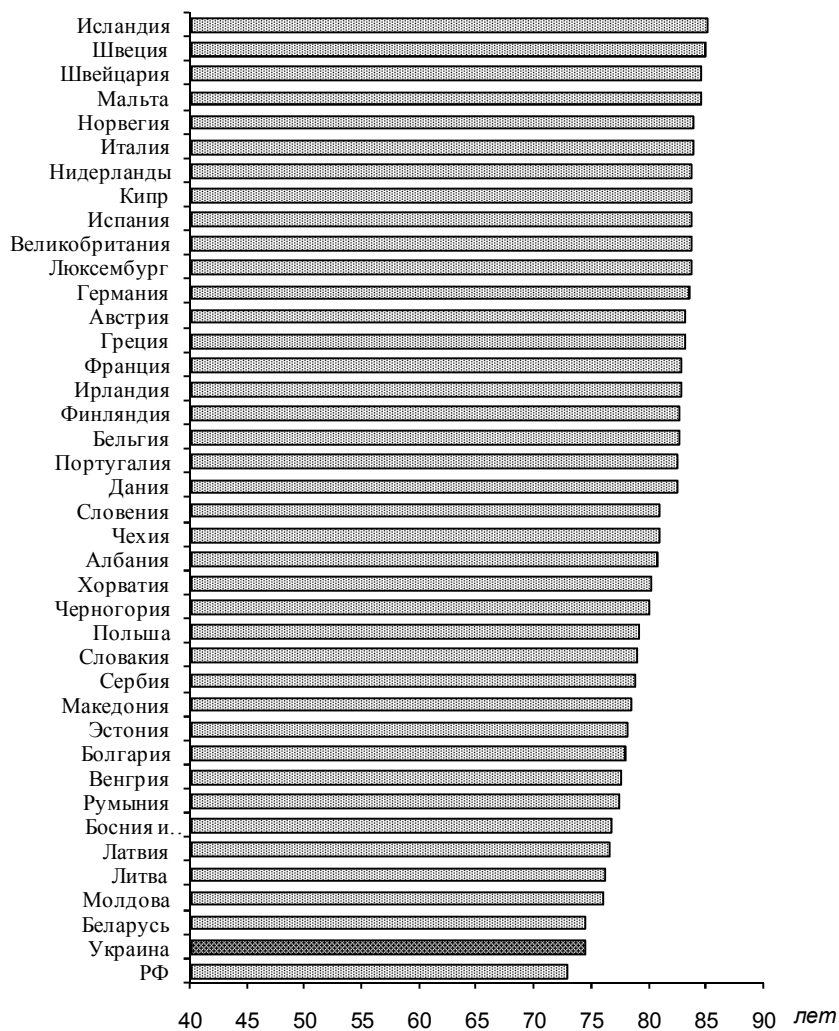


Рис. 2 Средняя продолжительность жизни женщин в странах Европы.

Наибольшие значения СПЖ мужчин наблюдаются в Исландии, Швеции и Швейцарии, у женщин — в Испании, Франции, Италии и Швейцарии. Разрыв между Украиной и Швейцарией составляет у мужчин 16,8 лет, а у женщин — 10,1 лет. Связана ли различная СПЖ в странах Европы с расходами на медицинское обслуживание населения этих стран и показателями, характеризующими организацию здравоохранения? Для ответа на этот вопрос сравнивали затраты на здравоохранение в странах Европы (рис. 3). Разрыв между Украиной и Швейцарией огромный — в 10 раз.

Рассчитывали регрессионную зависимость СПЖ в странах Европы от затрат на здравоохранение в этих странах (рис. 4). Видно, что эта зависимость нелинейная. Наилучшую аппроксимацию имеющихся данных дает логарифмическая функция. При росте расходов на медицину примерно до \$2000 на человека в год СПЖ увеличивается. Дальнейший рост затрат слабо влияет на СПЖ. Нами рассчитаны затраты на медицину, соответствующие среднеевропейскому значению СПЖ: их уровень для мужчин равен \$1780, для женщин — \$1750 (на человека в год). Это более чем в 3 раза больше расходов на медицину в Украине в настоящее время.

Сравнение значений показателей здравоохранения в Украине с другими странами Европы показывает (табл. 1), что по числу больничных коек (на 100 тыс. населения) и среднему времени пребывания в стационаре Украина занимает 3 место. Также и по числу амбулаторных контактов (на человека в год) Украина находится в пятерке лидирующих стран. В Украине достаточно большое количество врачей (на 100 тыс. населения) — немного выше среднеевропейского уровня. В связи с этим возникает вопрос: почему, несмотря на хорошие количественные показатели здравоохранения в Украине, смертность имеет такой высокий уровень? Для ответа проведен корреляционный анализ показателей здравоохранения и ОПЖ в 40 странах Европы (табл. 2).

Самая высокая корреляция наблюдается между СПЖ и расходами на здравоохранение, выраженными как в абсолютных числах (на душу населения), так и в % ВВП. Чем больше расходы на медицину, тем выше СПЖ. При этом имеет место достоверная положительная корреляция расходов на стационарную медицинскую помощь с продолжительностью жизни. Это ожидаемый результат — эффективная медицина дорого стоит.

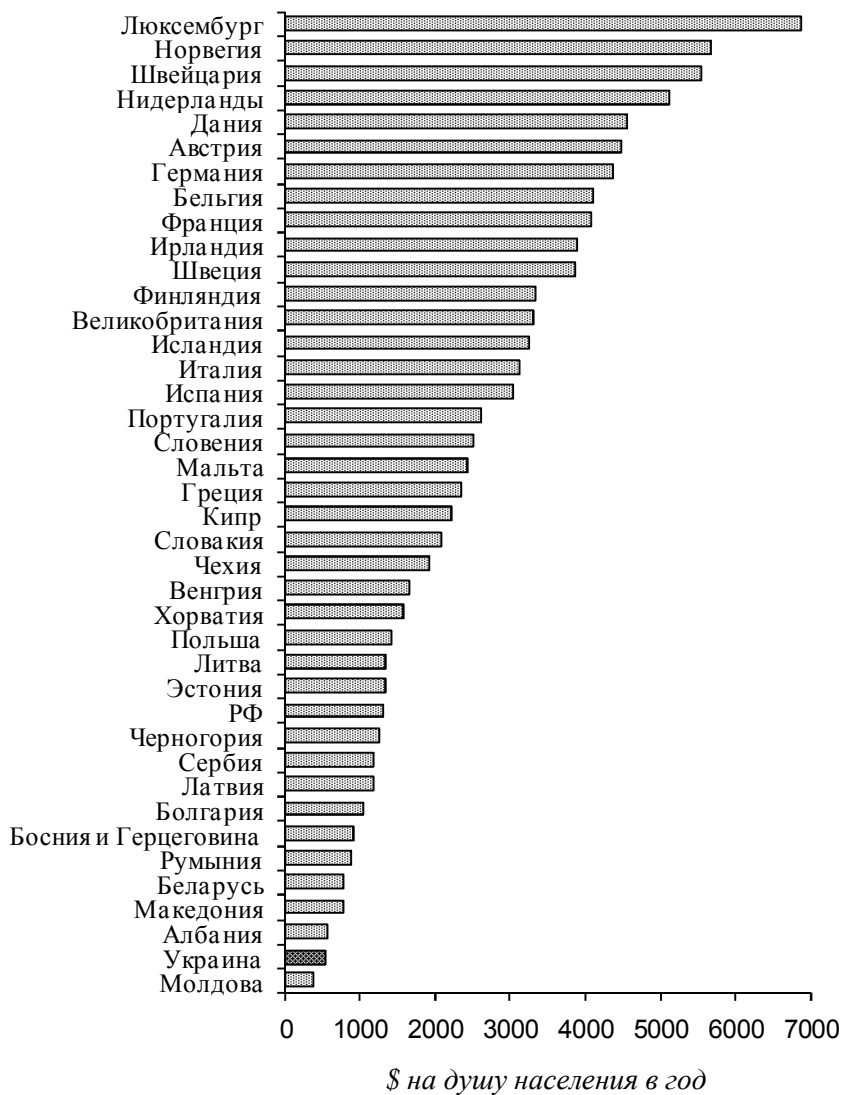


Рис. 3. Общие затраты на здравоохранение в странах Европы.

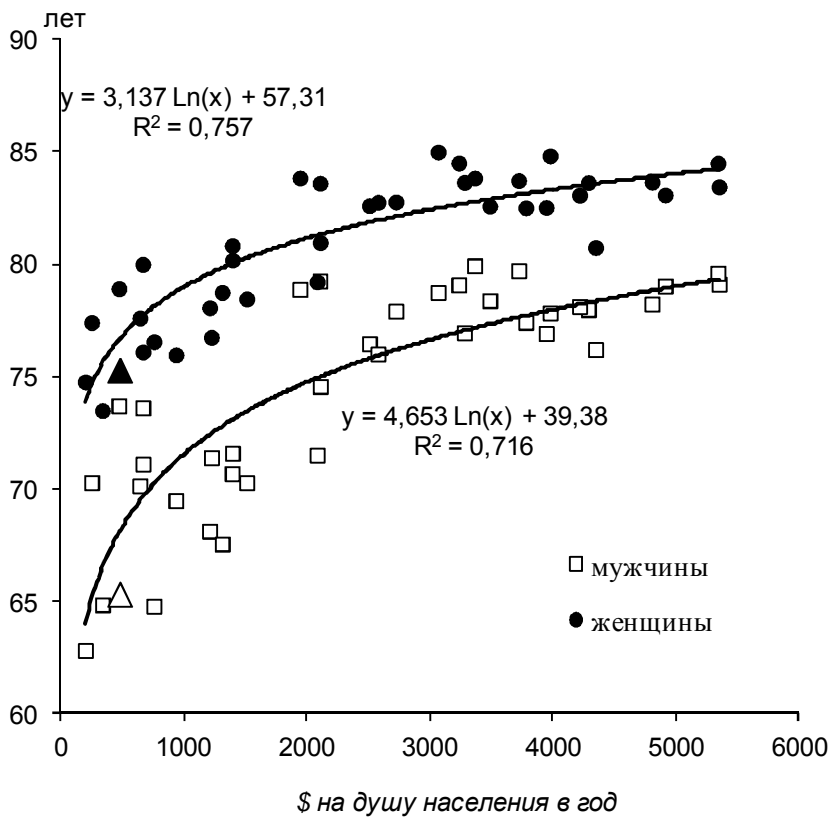


Рис. 4. Зависимость средней продолжительности жизни от общих затрат на здравоохранение (по данным 40 стран Европы). Треугольники – Украина.

Таблица 1

Показатели здравоохранения (1-7) в 40 странах Европы

Страна	1	2	3	4	5	6	7
Австрия	3,24	765,0	29,55	482,5	103,2	7,8	6,9
Албания	1,36	259,3		114,5	60,8	5,7	2,15
Великобритания		291,7		278,9	64,3	7,25	5
Беларусь	6,92	1125,1		379,0	140,1	11,3	13,1
Бельгия	1,78	650,2		299,6	82,5	8,11	7,44
Болгария	4,68	644,9	13,22	386,3	127,9	6	5,4
Босния и Герцеговина	1,01	345,1		173,4	32,9	7,9	5,3
Венгрия	1,73	718,7	3,13	295,8	78,4	10,21	11,82
Германия	4,01	822,4	59,35	382,4	89,8	9,3	9,7
Греция	2,77	484,8	30,33	614,5	182,8	6,6	3,95
Дания		349,6	4,48	348,4	57,8	4,5	4,6
Ирландия	2,07	294,8		271,8	83,1	6,3	3,8
Исландия	2,44	320,3		348,1	109,2	6,11	6,1
Испания	1,65	309,2	30,75	370,4	75,5	7,7	7,36
Италия	1,95	342,7	31,53	409,8	134,5	8	7
Кипр	10,21	346,6	49,23	296,2	98,2		2,34
Латвия	3,4	588,4	8,67	313,7	94,1	8,44	6,3
Литва	3,26	699,8	0,51	385,1	138,1	8,25	7,17
Люксембург	2,26	536,7		278,4	81,9	8,8	6,56
Македония	3,15	449,6		273,7	76,8	8,7	6,1
Мальта	1,91	478,5	7,17	349,3	63,9	7,2	
Нидерланды	1,55	465,7		296,4	77,9	10,8	6,6
Норвегия	1,29	331,6	9,35	371,8	53,3	6,8	5,2
Польша	2,51	654,8	26,85	218,6	94,0	7,4	6,8
Португалия	2,12	337,9	27,4	398,4	91,3	8,9	4,2
Республика Молдова	2,42	622,6	1,32	282,6	83,8	10	6,4
РФ	4,5	965,8		431,0	116,6	12,6	9,4
Румыния	2,29	610,7	2,95	238,5	69,7	7,5	4,5
Сербия				307,4	73,8	9	8,1
Словакия	2,56	597,5		300,1	133,1	8	11,02
Словения	1,42	462,5	1,07	249,5	83,4	7,3	6,5

Продолжение табл. 1

Страна	1	2	3	4	5	6	7
Украина	5,27	899,0		352,7	136,3	12,2	10,7
Финляндия	5,1	552,1		272,1	62,5	11,38	4,2
Франция	4,14	637,7	37,75	318,2	84,4	12,6	6,8
Хорватия	1,32	578,9	0,56	283,7	97,1	9,29	6,01
Черногория	1,77	397,4		201,6	73,0	8,1	4,4
Чехия	2,43	683,5	14,22	363,6	149,2	9,8	11,13
Швейцария	3,9	500,8		394,1	66,6	9,3	4,01
Швеция	0,9	270,6		279,5	87,6	5,53	3,05
Эстония	4,1	530,9	10,67	326,3	86,2	7,7	6,3
Среднее	2,99	555,5	12,85	303,8	96,3	9,20	6,74

Примечания (здесь и в табл. 3): 1 — число больниц на 100 тыс. населения, 2 — число больничных коек на 100 тыс. населения, 3 — число коек в частных больницах, % всех коек; 4 — число врачей на 100 тыс. населения, 5 — врачи терапевтических специальностей на 100 тыс. населения, 6 — средняя продолжительность пребывания в стационаре, сут; 7 — среднее число амбулаторных контактов на человека в год,

Зависимость СПЖ от других показателей здравоохранения — таких, как число коек (на 100 тыс. населения), среднее время пребывания на койке и число амбулаторных контактов (на человека в год) — также достоверна, но коэффициенты корреляции в данном случае отрицательные (см. табл. 2). При уравнивании всех стран по расходам на медицину (расчет парциальных коэффициентов корреляции) получены другие результаты (табл. 3). Как видно из этих данных, парциальные корреляции (в отличие от парных) ОПЖ с числом коек в частных больницах и с числом амбулаторных контактов отсутствуют. В то же время, появляется положительная достоверная корреляция ОПЖ с количеством врачей терапевтических специальностей (на 100 тыс. населения).

Анализ показал, что ОПЖ не коррелирует с такими показателями, как число больниц и врачей (см. табл. 2, 3). По числу больниц на 100 тыс. населения Украина значительно превосходит средневропейский уровень (5,27 против 2,96), а по числу врачей — несколько выше этого уровня (353 против 323 на 100 тыс. населения).

Таблица 2

Значения коэффициентов парной корреляции ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и показателей здравоохранения (1-15), для 40 стран Европы

(жирным шрифтом выделены достоверные значения коэффициентов корреляции)

ОПЖ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
оба пола, при рождении	-0,17	-0,56	0,55	0,17	-0,18	-0,34	-0,41	0,50	0,65	-0,24	0,79	0,21	-0,49	0,61	0,29
мужчины	-0,21	-0,62	0,52	0,12	-0,23	-0,39	-0,46	0,54	0,66	-0,20	0,77	0,19	-0,46	0,62	0,29
женщины	-0,09	-0,45	0,57	0,24	-0,10	-0,25	-0,33	0,42	0,60	-0,30	0,78	0,23	-0,50	0,54	0,29
оба пола, старше 15 лет	-0,18	-0,58	0,56	0,15	-0,20	-0,35	-0,44	0,50	0,64	-0,23	0,78	0,20	-0,47	0,61	0,30
мужчины	-0,22	-0,64	0,52	0,10	-0,25	-0,41	-0,49	0,54	0,65	-0,18	0,75	0,17	-0,44	0,62	0,30
женщины	-0,10	-0,47	0,58	0,22	-0,11	-0,26	-0,35	0,42	0,59	-0,28	0,77	0,22	-0,48	0,53	0,30
оба пола, старше 45 лет	-0,13	-0,55	0,57	0,20	-0,17	-0,31	-0,43	0,48	0,62	-0,23	0,79	0,18	-0,46	0,59	0,29
мужчины	-0,18	-0,63	0,53	0,14	-0,23	-0,38	-0,49	0,54	0,64	-0,17	0,77	0,14	-0,43	0,60	0,29
женщины	-0,06	-0,43	0,59	0,25	-0,09	-0,22	-0,33	0,40	0,57	-0,29	0,77	0,22	-0,48	0,52	0,30
оба пола, старше 65 лет	-0,08	-0,44	0,59	0,26	-0,13	-0,21	-0,34	0,47	0,62	-0,26	0,81	0,20	-0,49	0,57	0,32
мужчины	-0,14	-0,56	0,58	0,21	-0,20	-0,31	-0,45	0,55	0,66	-0,17	0,79	0,16	-0,44	0,57	0,35
женщины	-0,05	-0,36	0,59	0,27	-0,09	-0,16	-0,27	0,41	0,56	-0,30	0,79	0,22	-0,49	0,54	0,30

Примечания: 1 — число больниц на 100 тыс. населения, 2 — число больничных коек на 100 тыс. населения, 3 — число коек в частных больницах, % всех коек; 4 — число врачей на 100 тыс. населения, 5 — врачи терапевтических специальностей на 100 тыс. населения, 6 — средняя продолжительность пребывания в стационаре, сут; 7 — среднее число амбулаторных контактов на человека в год, 8 — общие затраты на здравоохранение, % ВВП; 9 — государственные затраты на здравоохранение, % ВВП; 10 — частные затраты на здравоохранение, % ВВП, 11 — общие затраты на здравоохранение, \$ на душу населения в год; 12 — государственные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение; 13 — частные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение; 14 — затраты на стационарную помощь, \$ на душу населения в год; 15 — затраты на медикаменты, \$ на душу населения в год (жирным шрифтом выделены достоверные ($P < 0,05$) значения коэффициентов корреляции).

Таблица 3

Значения коэффициентов парциальной корреляции ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и показателей здравоохранения (1-7) для 40 стран Европы

ОПЖ	1	2	3	4	5	6	7
оба пола, при рождении	-0,117	-0,415	0,254	0,276	0,436	-0,211	-0,099
мужчины	0,228	-0,468	0,208	0,265	0,403	-0,277	-0,153
женщины	-0,020	-0,300	0,292	0,261	0,435	-0,114	-0,028
оба пола, старше 15 лет	-0,123	-0,443	0,273	0,264	0,405	-0,227	-0,141
мужчины	-0,239	-0,496	0,215	0,248	0,362	-0,293	-0,196
женщины	0,027	-0,317	0,315	0,250	0,411	-0,123	-0,060
оба пола, старше 45 лет	-0,066	-0,457	0,287	0,308	0,440	-0,228	-0,187
мужчины	-0,204	-0,540	0,226	0,303	0,406	-0,313	-0,271
женщины	0,075	-0,304	0,324	0,271	0,425	-0,111	-0,074
оба пола, старше 65 лет	0,057	-0,316	0,358	0,283	0,420	-0,067	-0,061
мужчины	-0,117	-0,464	0,325	0,339	0,420	-0,214	-0,222
женщины	0,144	-0,189	0,353	0,213	0,375	0,030	0,043

Примечание: жирным шрифтом выделены достоверные ($P < 0,05$) значения коэффициентов корреляции.

Нами проведен также кластерный анализ стран Европы по затратам на здравоохранение (табл. 4). Украина вошла в 3-й кластер стран с самыми низкими затратами на здравоохранение, куда входят бывшие республики СССР и страны восточной Европы.

Таблица 4

Макрорегиональная (кластерная) структура стран Европы в порядке уменьшения затрат на здравоохранение

Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Австрия	Великобритания	Албания
Бельгия	Греция	Македония
Германия	Исландия	Беларусь
Дания	Испания	Болгария
Ирландия	Италия	Босния и Герцеговина
Люксембург	Кипр	Венгрия
Нидерланды	Мальта	Латвия
Норвегия	Португалия	Литва
Франция	Словакия	Польша
Швейцария	Словения	Республика Молдова
Швеция	Финляндия	РФ
	Чехия	Румыния
		Сербия
		Украина
		Хорватия
		Черногория
		Эстония

Сравнивали средние значения показателей здравоохранения в разных кластерах европейских стран (табл. 5). 2-й кластер и в большей степени 3-й кластер достоверно отличаются от 1-го по экономическим показателям (различным видам затрат на медицину) и не различаются по другим показателям здравоохранения.

Далее мы проанализировали различия между тремя кластерами по ОПЖ (табл. 6). Все показатели ОПЖ достоверно ниже в 3-м кластере стран по сравнению со 2-м и 1-м кластерами. При этом 1-й и 2-й кластеры не различаются между собой.

Таблица 5

Средние значения показателей системы здравоохранения в различных кластерах стран Европы

Показатель	I кластер	II кластер	III кластер
Число больниц на 100 тыс. населения	2,29 ± 0,36	2,88 ± 0,73	2,92 ± 0,40
Число больничных коек на 100 тыс. населения	511,4 ± 57,4	434,0 ± 37,2	593,6 ± 54,7
Число коек в частных больницах, % всех коек	12,77 ± 6,71	15,98 ± 4,79	3,99 ± 2,05 [#]
Число врачей на 100 тыс. населения	338,5 ± 19,6	354,2 ± 27,9	292,0 ± 20,3
Врачи терапевтических специальностей на 100тыс. населения	78,91 ± 4,37	104,0 ± 11,1*	92,90 ± 7,30
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, сут	8,17 ± 0,71	7,35 ± 0,44	8,84 ± 0,47 [#]
Среднее число амбулаторных контактов на человека в год	5,88 ± 0,59	5,73 ± 0,81	7,06 ± 0,68
Общие затраты на здравоохранение, % ВВП	10,31 ± 0,39	8,91 ± 0,24*	7,48 ± 0,44* [#]
Государственные затраты на здравоохранение, % ВВП	8,07 ± 0,35	6,30 ± 0,34*	4,79 ± 0,29* [#]
Частные затраты на здравоохранение, % ВВП	2,25 ± 0,23	2,58 ± 0,25	2,70 ± 0,30
Общие затраты на здравоохранение, \$ на душу населения в год	4784 ± 282	2689 ± 146*	1073 ± 90* [#]
Государственные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение	75,69 ± 2,58	71,59 ± 3,05	61,76 ± 4,27*
Частные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение	21,67 ± 2,02	29,10 ± 3,19	35,30 ± 2,71*
Затраты на стационарную помощь \$ на душу населения в год	1700 ± 148	691,6 ± 124,4*	78,8 ± 5,71* [#]
Затраты на медикаменты \$ на душу населения в год	515,1 ± 35,4	406,7 ± 24,1*	68,8 ± 37,0* [#]

Примечания: * — $P < 0,05$ по сравнению с кластером 1, [#] — $P < 0,05$ по сравнению с кластером 2.

Таблица 6

**Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ)
в различных кластерах стран Европы**

ОПЖ	I кластер	II кластер	III кластер
оба пола, при рождении	80,80 ± 0,31	80,18 ± 0,56	73,44 ± 0,60*
мужчины	78,21 ± 0,33	77,32 ± 0,69	69,36 ± 0,80*
женщины	83,26 ± 0,33	82,96 ± 0,45	77,49 ± 0,48*
оба пола, старше 15 лет	66,19 ± 0,31	65,60 ± 0,55	59,27 ± 0,58*
мужчины	63,62 ± 0,33	62,77 ± 0,69	55,25 ± 0,80*
женщины	68,64 ± 0,33	68,35 ± 0,44	63,23 ± 0,46*
оба пола, старше 45 лет	37,15 ± 0,29	36,65 ± 0,52	31,17 ± 0,43*
мужчины	34,87 ± 0,29	34,19 ± 0,64	27,79 ± 0,56*
женщины	39,28 ± 0,33	38,97 ± 0,43	34,30 ± 0,40*
оба пола, старше 65 лет	19,70 ± 0,25	19,28 ± 0,35	15,69 ± 0,27*
мужчины	17,85 ± 0,20	17,48 ± 0,41	13,61 ± 0,26*
женщины	21,26 ± 0,28	20,77 ± 0,35	17,22 ± 0,33*

Примечание. * — $P < 0,01$ по сравнению с I и II кластерами.

Для анализа взаимосвязей наиболее значимых из рассмотренных показателей проведен факторный анализ (табл. 7). Этот анализ позволил выделить 3 фактора, в сумме извлекающих 88,6 % дисперсии. Первый фактор объединяет СПЖ и государственные расходы на медицину. При этом факторные нагрузки показателей СПЖ имеют тот же знак по отношению к экономическим показателям. Это еще раз подтверждает важную роль затрат на медицину в увеличении продолжительности жизни. Первый фактор можно условно назвать "Деньги". Второй фактор объединяет следующие показатели: число больничных коек (на 100 тыс. населения) и средняя продолжительность пребывания на койке (фактор "Койки"). Связь между этими показателями обусловлена тем, что они зависят от общей причины — уровня заболеваемости. В странах с высокой заболеваемостью выше потребность в числе коек на душу населения, а низкая эффективность лечения обуславливает большую длительность пребывания на койке. Это характерно для постсоветских стран, в том числе и для Украины. СПЖ не зависит от фактора "Койки". Третий фактор — частные затраты на здравоохранение. От этого фактора также не зависит СПЖ населения, так как эти затраты намного меньше государственных.

Таблица 7

Факторная структура показателей здравоохранения и средней продолжительности жизни в странах Европы

Показатель	Факторные нагрузки			Извлекаемая дисперсия, %
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	
Число больничных коек на 100 тыс. населения	-0,342	0,848	-0,084	84,4
Средняя продолжительность пребывания в стационаре, сут	-0,008	0,929	0,122	87,8
Государственные затраты на здравоохранение, % ВВП	0,889	-0,049	-0,153	81,5
Частные затраты на здравоохранение, % ВВП	-0,095	0,034	0,982	97,4
Общие затраты на здравоохранение, \$ на душу населения в год	0,902	-0,029	-0,183	84,8
Частные затраты на здравоохранение, % общих затрат на здравоохранение	-0,554	0,037	0,800	94,8
Средняя продолжительность жизни Мужчины	0,864	-0,416	-0,125	93,5
Женщины	0,861	-0,247	-0,215	84,9
Извлекаемая дисперсия факторов, %	44,1	22,8	21,8	88,6

Примечание: жирным шрифтом выделены достоверные ($P < 0,05$) факторные нагрузки.

Рассчитана кластерная структура европейских стран по факторам "Деньги" и "Койки" (рис. 5). Видно, что РФ, Беларусь и Украина расположены отдельно от других стран, в правом нижнем углу графика. Эти страны характеризуются низким значением фактора "Деньги" и высоким — фактора "Койки". Вторая группа, объединяющая страны восточной Европы, также характеризуется низким уровнем финансирования здравоохранения и средними значениями фактора "Койки". В верхней части графика представлены страны с высоким уровнем финансирования здравоохранения. Они по фактору "Койки" делятся на две группы — с высокими и низкими значениями этого фактора.

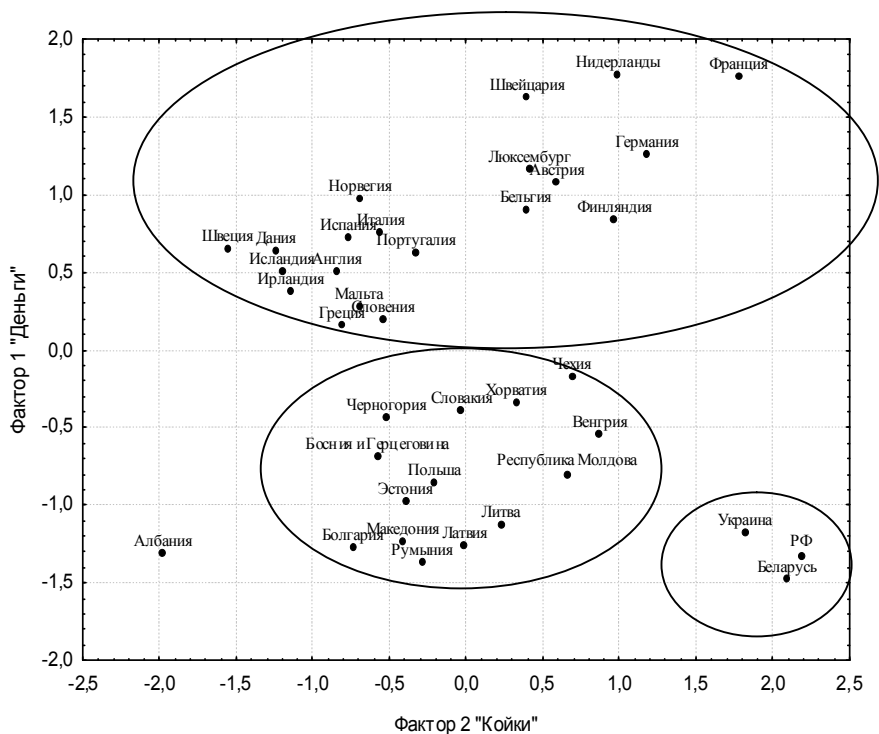


Рис. 5. Макрорегиональная (кластерная) структура стран Европы по результатам факторного анализа показателей здравоохранения.

Таким образом, проведенный анализ позволяет сделать важные выводы.

1. СПЖ положительно коррелирует ($r = 0,79$) с общими затратами на здравоохранение и, в частности, с затратами на стационарную медицинскую помощь ($r = 0,61$). Моделирование связи СПЖ и затрат на медицину показало, что для достижения средневропейского уровня необходимо увеличить затраты на медицину в Украине в 3 раза.

2. СПЖ не зависит от количества больниц, числа врачей (на 100 тыс. населения), числа амбулаторных приемов и среднего времени пребывания больных в стационаре. В странах с высокой смертностью достаточно больниц и врачей, но эффективность медицины низкая.

Глава 4

Врач в Украине

Работа врачей, исходя из украинской справедливости, должна быть незаметной, самоотверженной и непременно волонтерской даже в мирное время. Здравоохранение – один из институтов безопасности нации, но государство, которое должно быть ответственным за сохранение здоровья своих граждан, оказалось как бы ни при чем. Общество возмутилось. Люди начали принимать участие в оценке качества медицины. Неправильные действия медицинского персонала – основание не только для морального осуждения, но и для привлечения к административной и уголовной ответственности. Все обрело свою цену – в том числе «бесплатное» (бюджетное) здравоохранение и имущественное благополучие медиков.

Издержки становления рынка в здравоохранении продемонстрировали необходимость регулятивной функции права. Но законы устарели, сложившиеся правовые нормы нуждаются в переориентировке (при организации диагностических усилий; при оказании плановой и неотложной медицинской помощи и проведении санитарно-эпидемиологических мероприятий). Правовую платформу должны иметь реформирование здравоохранения, организация добровольного и обязательного медицинского страхования и аккредитация (лицензирование) медицинских учреждений. Все это в совокупности должно придать отношениям «пациент-врач» (кроме психологического и гуманитарного) гражданско-правовой характер.

Навязываемое населению мнение, что работа врача – только высокий долг, безграмотно юридически. Главной чертой права является формальная однозначность, которая не может оперировать моральными категориями. В командно-административной системе врачи не нуждались в приобретении правовых знаний, поскольку система а priori включала в себя бесправие больного. Многие нынешние управленцы в здравоохранении уверены в том, что лучшие знатоки права – они сами. Но! Пациенты изменились и ведут себя в духе времени: меньшинство готово к диалогу, большинство только к непримиримому обличению. На медицинском рынке появились страховые компании, общест-

ва защиты прав потребителя (пациента) и прочие организации с армией адвокатов. Врачи убедились в необходимости юридической защиты от множества сограждан, которые для общения с врачом, ими же судимого и приговоренного, в лучшем случае выбирают мат и кулаки.

Идеально, если врачи, лечившие больного, и эксперты, оценивающие результаты лечения, принадлежат к числу специалистов в своей профессии. Удовлетворение судом хотя бы одного иска с неправомерным признанием ошибок медицинского персонала неминуемо приведет к росту числа врачебных дел. Ничего хорошего не обещает противоположная коллизия, когда медики ускользают от заслуженного наказания. Выход один: соблюдение принципа «проверка равного», т.е. проверка аудитора (эксперта) другими аудиторами.

Все изложенное выше реалистически отражает неудовлетворительность положения и врача, и пациента, но устранение этих пороков невозможно в условиях тотальной коррупции с односторонним движением денег от пациентов к врачам. Формально и дающий, и берущий должны быть судимы, но часть денежного потока оседает в судах.

Сегодняшняя ситуация расходится с тем, чего можно было ожидать, ориентируясь на заключение Исследовательского фонда (Geneva, Switzerland, 2001) о состоянии здравоохранения в 4 странах Центральной и Восточной Европы (включая Украину).

Здравоохранение в Центральной и Восточной Европе: реформа, приватизация и занятость в четырёх странах

Большинство работников всю жизнь работают в государственном секторе, процент респондентов в категории «весь стаж» самый высокий в Литве (более 84%), за ней идут Чешская Республика, Румыния и Украина (*Женева, декабрь, 2001. Printed by International Labour Office. Geneva, Switzerland*).

Более половины литовских, украинских и румынских респондентов (в порядке убывания) в здравоохранении работают более 10 лет. Этот уровень значительно ниже в Чешской Республике вследствие сравнительно короткого периода работы Чешских работников в здравоохранении вообще. Это единственная система здравоохранения, в которой за последние десять лет появилось значительное количество новых работников.

Большинство респондентов работали на основе постоянного контракта (договора); самый высокий уровень постоянных работников зафиксирован в Румынии, за которой следовали Чешская республика, Украина и Литва. В двух странах – Чешской Республике и в Украине более 10% не являются постоянными работниками. Это служит свидетельством постепенного перехода к непостоянной занятости в секторе здравоохранения.

Средняя продолжительность рабочих часов в неделю составляют от 37,7 в Литве до 46 часов в Чешской Республике. *41,5% чешских респондентов часто или всегда работают сверхурочно, а также 34,9% из Украины и 32,4% из Румынии (и только 10,1 из Литвы).* Высокий уровень сверхурочной работы в трех странах – свидетельство того, что в учреждениях недостаточно персонала.

90,8% литовских респондентов отметили, что редко получали оплату за сверхурочную работу или никогда не получали. Далее Украина (56,5%), Румыния (53,1%) и Чешская Республика (37,2%). Не ясно, какие факторы позволяют трудиться сверхурочно без оплаты.

Украинские работники здравоохранения живут хуже всех (*только 13,7% сообщили, что их заработок выше среднего уровня в стране*). Следующей стала Чешская Республика (33,3%), потом Литва (38,1%). Среди румынских респондентов 74,4% заявили, что их заработок выше среднего из-за того, что средняя заработная плата в этой стране исключительно низкая.

Считают ли респонденты, что их условия труда соответствуют стандартам в их стране? Большинство респондентов из всех четырех стран не согласились с таким утверждением. *Самый высокий процент несогласия в Украине (77,7%), затем в Чешской Республике (62,4%), Литве (58,8%) и Румынии (51,8%).*

На вопрос «Согласны ли вы, что в соответствии с западными стандартами мои условия труда отличные?», еще меньше респондентов ответили, что согласны. *Процент несогласных самый высокий в Украине (87,4%), за которой Румыния, Чешская Республика и Литва.* Для многих внедрение таких условия труда, как на Западе (реальных или воображаемых), было бы осуществлением давних ожиданий.

Большинство респондентов во многих странах довольны своим режимом работы. *Высокий уровень выражающих согласие в Литве (78,9%) и Румынии (88,3%), означает, что рабочее время ассоциируется с возможностью получить дополнительный заработок. Самый*

низкий уровень согласия в Чешской Республике (64,6%) и в Украине (66,9%).

Респондентов попросили ответить, предполагают ли они, что планы правительства могут ухудшить их работу. *Большинство респондентов думают именно так, в частности, в Литве – 69,0%. Далее в убывающем порядке: в Румынии – 40,0%, в Чешской республике – 39,8%, в Украине – 36,1% респондентов.*

Боятся ли респонденты потерять работу? *Больше всего этого опасаются в Литве (43,2%), далее Украина (42,9%), Румыния (32,9%), Чешская Республика (20,4%).*

Респонденты прокомментировали утверждение, что профсоюзы отстаивают условия труда работников. *В Румынии большинство (70,9%) согласилось с этим, чего нельзя сказать об остальных странах, где с утверждением согласились 27,4% (Чешская Республика), 27,1% (Украина) и 22,1% (Литва) респондентов.*

Роль профсоюзов определялась в комментариях к утверждению, что профсоюзы успешно отстаивали условия труда. *Только в Румынии большинство согласилось с этим (56,1%). В Литве доля согласившихся 22,7%, в Чешской Республике – 19,3%, в Украине – 14,2%.*

При реформировании медицины в Украине большое внимание планируется уделить приватизации здравоохранения. Таким образом, на Западе слово «приватизация» стало синонимом покушения на защищенность и уровень жизни работников. Оказалось невозможным наполнить это слово другим, менее отвратительным смыслом. В рыночных экономиках Центральной и Восточной Европы ситуация более сложная. Как и слово «реформа», которое каждой категории работников было нелегко понять, приватизация сначала была позитивным символом радикального отдаления от предыдущей системы. Однако мирная риторика свободного рынка породила катастрофическое ухудшение здоровья населения. В этом случае переход к рыночным отношениям в Восточной Европе привели к пересмотру первоначального энтузиазма по отношению ко всему новому и ко всему западному.

В области здравоохранения иллюзия, что рыночные силы сами могут удовлетворить потребности общества, была рассеяна. Среди работников здравоохранения бывших социалистических стран существует что-то напоподобие героизма, которым они умудряются удовлетворять потребности нищающего, разочарованного и больного насе-

ления. Они делают это, имея все меньше ресурсов в своем распоряжении. Это ежедневное и непризнанное жертвоприношение – физическое, эмоциональное и даже финансовое. Именно работники здравоохранения, защищая систему ценностей своей профессии, основополагающего уважения человеческого достоинства и жизни, более чем другие сталкиваются лицом к лицу с человеческими последствиями всеохватывающего течения узаконенной жадности и коррупции, спонсором которой является государство. Те профессионалы-медики, которые пытаются плыть на волне рыночных сил для своего собственного возвышения, делают так не только за счет своих коллег, но и за счет социального государства, которое дало им образование. Будут ли они призваны к ответу?

Все больше проявляется негодование в отношении недостаточного финансирования и оборудования, плохих условий труда, недостаточной самостоятельности на работе и низкой заработной платы. Основные элементы, которые позволяют специалистам здравоохранения гордиться тем, что они работают по призванию, обесценены и отброшены системой ценностей, в которой доллар стоит среди приоритетов. **Слишком много обещаний дано в отношении обеспечения социального мира и гибкой рабочей силы в секторе здравоохранения, цинично извлекая выгоду из чувства обязательства.** Обещания не выполняются. Работники здравоохранения рассматривают коллективные формы действий с тем, чтобы заявить о своих правах на достойные условия и оплату труда. Здесь возникает возможность для профсоюзов взять на себя эту задачу и возродить веру в организации, которые защищают права трудящихся, а также социальное равенство. Никогда еще ответственность международного профсоюзного движения за поиск новых способов усиления и оснащения профсоюзов в Центральной и Восточной Европе не была такой огромной.

Децентрализация стала отличительной чертой всех исследуемых стран, за исключением Украины. Она повлекла за собой перенесение ответственности за финансирование и управление с центральных органов на местные, введение в действие страховых фондов и наделение больниц полномочиями найма работников и ведения переговоров по оплате труда и применению поощрительных мер. Данные, имеющиеся на сегодня, говорят о том, что децентрализация создает некоторые проблемы в социально-экономической защищенности. Это относится к случаям, когда обязательства по финансированию

передаются органам власти, которые не имеют средств или возможностей выполнять свои обязательства, что происходит в Литве, где задолженность по финансированию связана с низким уровнем оплаты. Наибольшее беспокойство вызывает то, что децентрализация усиливает фрагментацию занятости в огромном количестве учреждений, непосредственно нанимающих работников. Это влияет на все аспекты защищенности, но особенно – на возможность представительства в профессиональных организациях и объединениях.

Глава 5

Что мы думаем об украинской медицине?

Короткие публицистические всплески в СМИ, посвященные проблемам здравоохранения, имеют мозаичный характер, но все вместе безошибочно рисуют грустную картину и пунктиром намечают пути системной реформы. Несмотря на дефицит средств, лишь малая толика из них тратится разумно. При проверке закупок Минздравом оборудования в 2000-2001 гг. Счетная палата установила факты незаконного использования государственных средств в сумме 17438,8 тыс., неэффективного – 18955,2 тыс. грн., или 54,4% от выделенного из бюджета. Необходимо оставить за Минздравом только контролирующую функцию, ввести целевое распределение денег. Минздраву выделяются большие средства, но, к сожалению, они расходуются нерационально, не по назначению. В связи с этим на местах врачам для покрытия расходов приходится прибегать к благотворительным взносам. Однако, по данным опросов, три четверти опрошенных не считают нормой делать благотворительные взносы при госпитализации. У больных никто не спрашивает, согласны они платить или нет. «Остатки Бендеры» от медицины знают тысячи честных способов отъема денег. Самый простой – не лечить, выжидая, пока пациент созреет. Можно измотать человека длительным лечением. Такое практикуется при обнаружении у пациента заболеваний, передающихся половым путем. Человеку предлагают: либо он платит и излечивается за 2-3 инъекции, либо пользуется услугами бесплатной медицины в течении нескольких недель. Во многих гинекологических отделениях аборт делают лишь до 12-й недели. Но за деньги – скажем, за \$100-300 – его сделают и на шестнадцатой. Следующий способ – купить у самого врача дорогостоящее лекарство (практики подрабатывают в компаниях, работающих по принципу сетевого маркетинга) или выписать рецепт, за который фирма выплачивает щедрый «откат». Западные компании предлагают этот способ открыто. Мы оказались в ситуации, когда каждому необходимо обладать основами медицинских знаний – чтобы определить, когда врачу можно доверять.

Есть и другая сторона вопроса – это самооценка врачом своей деятельности. С советских времен заработная плата врача определялась временем пребывания на рабочем месте и не зависела от количество манипуляций и принятых больных. В одном из медицинских изданий анестезиолог опубликовал свой расчетный лист за месяц на 5027 гривен. Он явно недоволен этой суммой и, вероятно, не является сторонником нынешних медицинских реформ. Но дело в том, что реформа в первую очередь должна изменить систему оплаты труда в отрасли. Сейчас идет оплата за пребывание на рабочем месте. Из опубликованного листа не ясно: сколько провел анестезиолог процедур и какой сложности, сколько больных он вел (по суточной курации) и какой они были сложности в отделении реанимации. Реанимационные больные для простого гражданина все страшно тяжелые, но для профессионала они разные по сложности. **Больных в реанимации надо дифференцировать по сложности и платить реаниматологу различные средства за конкретного больного** (в зависимости от тяжести его состояния в конкретный день курации). На Западе вообще переходят на почасовую оплату за пребывание в отделении реанимации. Вот инновационный путь в оплате труда (а не оплата за пребывание на рабочем месте). Известны случаи, когда нейрохирург делает одну операцию за месяц. Такие специалисты НИКОГДА не будут сторонниками реформ. А если при реформировании запустить в работу грамотные и достойные тарифы на медицинскую помощь, жаловаться никто не будет, если медик много и качественно работает. Если Вам пришлось знакомиться с работой частного гемодиализного центра на 50 коек, вы знаете: там все интересно и для больных, и для медработников. **Работа по графику 7 дней/24 часа в сутки**. Стоимость сеанса гемодиализа на 25% ниже, чем в аналогичных государственных отделениях. **Врачи получают заработную плату в 2 раза большую**, но в три раза больше работают, а не читают детективы во время сеансов гемодиализа.

Необходимо через реформу создать ВОЗМОЖНОСТЬ для медиков в своей стране много и достойно зарабатывать. Руководители нынешних преобразований не смогли оценить роль зарабатывающих технологий, вряд ли медицинская реформа будет иметь успех. Для того, чтобы работа медиков была более эффективной, нужно разгрузить их от нынешней писанины, переложить формирование ВСЕЙ медицинской статистики на информационные технологии, следует при-

ступить к формированию: унифицированных **Электронной Истории Болезни, Электронного Амбулаторного Талона, Электронной Карты вызова скорой помощи, Медицинской электронной карты застрахованного жителя страны**, в которых должна храниться вся информация о здоровье конкретного индивида. Необходимо ставить вопрос о создании Государственного Центра Обработки медицинских баз. С деперсонифицированными базами персонального учета оказанной медицинской помощи предстоит много работать. Без них нельзя формировать стандарты медицинской помощи, провести прогнозирование предстоящей заболеваемости, потребления медикаментов, приобретения диагностической аппаратуры и др.

Центр детской кардиологии и кардиохирургии (ЦДКК), директором которого является проф. И. Емец, на протяжении трех лет сотрудничает со швейцарским медицинским фондом "Сердце Евразии" (EurAsia Heart Foundation) под руководством кардиохирурга проф. П. Фогта. Результат — решение создать на базе ЦДКК медицинское учреждение, которое будет предоставлять высококвалифицированную помощь пациентам из стран Европы и Азии. Проф. Фогт оперирует взрослых пациентов, проф. Емец — детей с врожденными пороками сердца. Неоднократно работали вместе, выезжая оперировать в другие страны.

Профессиональный тандем кардиохирургов оказался удачным. Пауль Фогт не впервые приезжает в Украину, на этот раз он привез с собой гуманитарный груз для ЦДКК на сумму, что в гривневом эквиваленте составляет 30 млн. Предполагается привлечение солидных инвестиций для Центра, установки современной лечебно-диагностической аппаратуры.

Пауль Фогт: «Качество помощи в Центре кардиологии и кардиохирургии (как для новорожденных, так и для взрослых) отвечает европейским стандартам. Поэтому для сотрудничества мы и выбрали киевский Центр. Мы ждем пациентов из всех стран. Сейчас практикуется медицинский туризм, охватывающий весь мир. Есть компании в США, которые предлагают пациентам из Китая или других стран Азии так называемое "второе мнение" (second opinion). Пациенты из Европы едут в Индию или Таиланд. Пациенты с Ближнего Востока путешествуют в США. Медицинский туризм — глобальный феномен. Мы, кроме пациентов из Украины, ждем больных из стран Восточной Европы и Центральной Азии. В ЦДКК прекрасные хирурги. Я могу

учиться у проф. Емца, он может перенять у меня хирургические хитрости, которые я, в свою очередь, перенял у нашего японского коллеги или у коллеги из другой страны. Мы международный клуб или клуб хирургов, где каждый хочет учиться. Но у нас также есть желание передавать знания младшим. Каждый член Фонда "Сердце Евразии" может получить лучшие знания по кардиологии и кардиохирургии. Творческие и деловые люди Украины откликнулись на нашу идею и готовы способствовать реализации международного проекта. Мы считаем, что сможем реализовать этот проект в ближайшие несколько лет.

Справка. В клинике в Цюрихе операция коронарного шунтирования стоит 120 тыс. евро. В киевском ЦДКК лечение пациентов до 18 лет бесплатное, взрослые оплачивают медицинские материалы, используемые во время операции. Себестоимость операции 70–80 тыс. грн. В 2014 г. в ЦДКК проведено обследование более 25 тыс. пациентов, выполнено 2898 операций. Уровень послеоперационной летальности составляет 0,89% (в лучших западноевропейских и американских клиниках — 3–4%). По количеству операций у детей и многим другим показателям киевский центр является лидером среди аналогичных медицинских учреждений Европы.

Талантливые профессионалы всегда были и есть в украинской медицине. Сложнее приходится тем из них, кто берется за организацию специализированных клиник (Центров), поскольку современная аппаратура имеет огромную стоимость. Тем не менее, прецеденты известны; кардиохирургия в этом смысле наиболее успешна. Редкостью остаются творческие симбиозы украинских и зарубежных специалистов. Материал, о котором речь выше, — образец реформирования как действия, а не проекта реформ (вокруг которого годами идут бесплодные дискуссии). Наши очаги «хорошей медицины» — реальные зоны роста, но их доступность для 9 из 10 пациентов проблематична: деньги... Справка о работе ЦДКК проф. Емца внушает надежды. Это как раз тот случай, когда деньги не будут использованы на сверхгонорары или просто украдены — и этот аспект является вполне реформаторским.

Является ли таковой приоритетность административных подходов, опирающихся на зарубежную (в частности, грузинскую) практику? Можно ли фигуру топ-менеджера считать ключевой в реформировании такой специализированной отрасли как медицина? В дискуссии

ях на эту тему остается без внимания опыт Эстонии; в прошлом «стандартной» советской республики. Сегодня медико-демографическая ситуация в этой стране имеет все признаки «европейского дрейфа»; сегодня медицина в этой стране становится более доступной и более эффективной, но **министерство здравоохранения в Эстонии упразднено после ее выхода из СРСР и отсутствует поныне**. В мире есть много аналогов, но на постсоветском пространстве ситуация «минздрава нет, а медицина хорошеет» остается уникальной. Парадоксально, но во время руководства Минздравом проф. И. Емец проявил себя администратором советского типа: такова сила неотживших командно-административных установок старой системы.

Власти и законодатели – две ветки, важные при проведении медицинских преобразований. Их согласие на медицинские преобразования вдохновляет страну. Но есть ещё одна позиция, не обращать внимание на незаконное существование которой нельзя. Имеются в виду медицинские профессиональные ассоциации. В развитых странах они имеют юридический статус и выполняют важные стратегические функции при принятии общегосударственных решений, касающихся здравоохранения. В Украине трижды подавался проект закона **«О врачебном самоуправлении»**, но всегда его принятие откладывалось. Отсюда ошибки в медицинских реформах. Поэтому в ЛПУ нет наблюдательных советов, нет взаимодействия с пациентскими организациями, сложно организовать юридическую защиту медиков. Закон **«О врачах»** надо безотлагательно принимать; возможно, жизнь внесет в него коррективы, но оставлять медиков без их полномочной профессиональной медицинской ассоциации нельзя.

Недавно началась реинкарнация Общественных советов, в том числе и при Министерстве здравоохранения. Как объясняет глава инициативной группы по формированию Общественного совета при Минздраве — Общественный совет является избирательным консультативно-совещательным и наблюдательно-экспертным органом, созданным для обеспечения участия граждан в управлении государственными делами, осуществления общественного контроля над деятельностью МЗ. Одним из важных направлений деятельности Общественного совета – поддержка медпомощи в зоне АТО. Чиновники пишут правильные отчеты, а медики, несущие там вахту, жалуются на отсутствие аппаратуры и инструментария в местных больницах, не хватает медикаментов, шовного материала, препаратов для обезболивания.

Остаются актуальными проблемы качества и доступности медпомощи, тендерные закупки медпрепаратов, сроки поставок, вопросы ценообразования. К формированию Общественного совета пытаются приобщиться грантодатели и "грантопотребители", фармфирмы и их протеже, лже-эксперты и псевдопациентские организации, которые хотят влиять на деятельность ОС, формировать общественное мнение в поддержку тех, кто это заказывает.

За 100 дней, со дня назначения министра здравоохранения не сделано ни единого шага, чтобы вывести медицину из кризиса, — считает лидер ОО "Новая медицинская генерация". Чтобы министр мог наладить работу, ему нужна команда. А с этим — беда. Кто-то почему-то решил, что министр должен быть не специалистом, а только политической фигурой. По такому принципу назначают и его заместителей. Какой путь они выберут для системы здравоохранения? Министр часто вспоминает Грузию, где приватизировали медицинские заведения. Однако это не оказало существенного влияния на общественное здравоохранение. Надо ли навязывать этот опыт в Украине, где население почти вдесятеро больше, чем в Грузии? У нас другое количество медицинских заведений, уровень их оснащения, кадровый потенциал и т.д. Всемирный банк выделил свыше 200 млн. долларов на реформирование медицины, спонсоры профинансировали написание Стратегии, которую будто бы будут воплощать в жизнь. Никто не хочет раскрывать деталей. Общественность должна знать, сколько средств и на что именно планируют направить, кто и как их будет использовать, какой будет эффективность этих шагов, какие риски могут возникнуть в той или иной ситуации.

Медицинская наука по клиническим дисциплинам в Украине есть, но существует исключительно для внутреннего потребления, а не является продуктом, способным иметь товарную стоимость. Сами планируем научные тематики, выполняем, рецензируем, заслушиваем, даем оценку и сами внедряем. Бывает, внедряем в других медицинских учреждениях. Многие сотрудники владеют иностранными языками, посещают клиники Европы, Америки, Японии, Южной Кореи; знакомятся с достижениями коллег. Дома повторяют, не всегда в лучшем виде, выдавая это за науку. Чаще всего работы по клиническим дисциплинам посвящены изучению, совершенствованию, оптимизации методов диагностики и лечения той или иной патологии. Повторяют известные истины зарубежных коллег: впервые в Украине, Кие-

ве, Днепропетровске, Донецке. Медицинская наука по клиническим дисциплинам существует для внутреннего пользования, это квазинаука. На нас не ссылаются за рубежом. Наш научный задел не используют за пределами страны. Какая польза таких исследований? Самые известные достижения в нейрохирургии принадлежат XX в. Это изучение внутричерепного давления. Теперь мониторинг внутричерепного давления является стандартом в нейрохирургии и занесен в протоколы МЗ Украины. Но за рубежом это проводится, а у нас — лишь время от времени. Нет оборудования, желания, ответственности за невыполнение протоколов. Надо в революционном стиле изменять стиль академический.

Никто не собирается уничтожить медицинскую науку. Наоборот — это будет побуждать изменить принцип и содержание научных исследований, перейти от псевдонауки к обоснованным научным исследованиям, добиваясь грантов, обосновывая необходимость и целесообразность научных разработок и их финансирования. Ученые-медики усматривают угрозу в потере своего влияния в обществе. Это люди, которым далеко за 60–70, и они достигли своего статуса тяжелым трудом. Это люди высокого интеллекта, которых я почитаю и уважаю. К сожалению, понимание реформ у них устаревшее — увеличение финансирования, написание научных работ, всевозможных "руководств", проведение профилактических осмотров и т.п.

Как оценивают ситуацию врачи среднего командного звена — областные терапевты, кардиологи, ревматологи, педиатры, акушеры-гинекологи и другие специалисты? Вот как выглядят их ответы на животрепещущие вопросы сегодняшнего и завтрашнего дня (150 анкет).

Перспективу покрощання здоров'я населення бачать (%):	
– Наступає в даний час	0,0
– Так, але в 2010 році	15,1
– Так, але в 2025 році	9,4
– Пізніше	58,5
– Не бачать	17,0

Досягнення належного здоров'я вважають можливим за умов (%):

– підвищення соціально-економічного стану населення	48,4
– покращання еко-біологічних чинників	12,5

– зменшення негативного психо-емоційного навантаження	9,1
– підвищення рівня активності, здорового способу життя	12,4
– покращання стану медичної допомоги населенню України	17,5

Пріоритетним подальший розвиток вважають (%):

– первинну медико-санітарну допомогу населенню (ПМСД)	47,4
– регіональну спеціалізовану належну медичну допомогу	25,1
– висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу	26,6

В сучасних умовах підтримують такі форми ПМСД (%):

– розукрупнення дільниць лікарів загальної практики	Так	62,3
	Ні	37,7
– передачу функцій вузьких фахівців лікарям загальної практики	Так	24,5
	Ні	75,5
– розширення швидкої і невідкладної допомоги	Так	77,4
	Ні	22,6

Покращання медичної допомоги чекають від (%):

– запровадження обов'язкового медичного страхування	25,6
– впровадження «сімейної медицини»	9,2
– перехід до платної медичної допомоги	20,9
– покращання фінансування галузі	44,1

Проведений опрос свидетельствует прежде всего о консервативности руководителей среднего звена (в медицине это не всегда плохо), но и о банальности их представлений о реформах (что плохо всегда).

В нашей стране пора, наконец, избавиться от безумного лозунга большевиков «До основания мы разрушим, а потом...» До этого «потом», как правило, дело не доходит. Между тем, в попытках реформировать в Украине здравоохранение мы уничтожаем остатки того, что хоть как-то еще держится на плаву. Ни новых работающих проверенных моделей, ни источников финансирования! Но впечатление такое, что вот уничтожим остатки советского прошлого и будем радоваться. А ведь уничтожая остатки прошлого, мы уничтожаем будущее. Хотим уничтожить науку вообще и медицинскую в частности.

Как-то наш Премьер спросил: а где же, мол, наши нобелевские лауреаты? Что же это за наука и зачем она, если таковых у нас нет? Извините, а у нас что, есть работающая экономика, есть прогресс, стабильно растущие ВВП и благосостояние народа? Этого же, к огромному сожалению, нет. Так что, мы должны уничтожить Кабмин как структуру и все управление в стране? Это же абсурд: надо думать, что делать. А что касается нобелевских лауреатов из Украины, то ими становятся ученые, выехавшие из нашей страны туда, где на науку выделяются достаточные средства. Если же на нее не выделять ничего, то не то что нобелевских лауреатов не будет, а скоро не станет и того, что пытаются сохранить наши научные коллективы из бывших наработок и достижений.

Мы говорим о том, зачем нам нужна наука? Если обратиться к опыту и нашего института, то у нас еще в советское время были созданы и работали некоторые модели, потом они постепенно прикрывались. В частности, гериатрические кабинеты. Продолжаем работу в этом направлении и сейчас, но нашему высшему руководству, судя по всему, это не надо. Зато в Казахстане все наши модели оторвали с руками, внедрили в течение полутора-двух лет, запустили программы, пред- и после дипломные курсы, издали учебники, создали специальные учреждения. В итоге – там значительно выше, чем у нас, качество медицинской помощи и продолжительность жизни.

Другой пример. Неужели в наших верхах думают, что без науки, к примеру, у того же академика Кнышова (Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М.Амосова – ред.) был бы достигнут нынешний высокий уровень операций? А ведь сейчас смертность после них здесь в несколько раз ниже, чем в Европе. И это благодаря настойчивому научному поиску, который в значительной степени держится на энтузиазме, чувстве огромнейшей ответственности за дело, глубокому пониманию высокой ответственности за здоровье и жизни своих соотечественников.

В целом сейчас ощущение какой-то безысходности, потому что в процессе так называемого реформирования здравоохранения речь идет в том числе и о намерении закрыть Академию медицинских наук, забрать у институтов клиники. Но ведь без коечного фонда медицинская наука - практически бессмысленна, развиваться она не будет. Ну а с другой стороны, не будет развиваться здравоохранение. Ибо дело не только в моделях, которые создаются в различных инсти-

тудах. Можно и нужно, безусловно, критиковать, требовать большей отдачи. А как же без научных исследований, подпитки их результатами практическое здравоохранение будет двигаться вперед? Что, самостоятельно прибегать к тем или иным экспериментам, которые могут дать результаты через десятилетия? Без исследований, без науки продвижения вперед не будет, не будет ни новых эффективных методов лечения, ни новых действенных препаратов. В результате задекларированного реформирования мы останемся на пепелище, и восстановить все потом будет очень сложно. В качестве примера обратимся к деятельности нашего учреждения, его геронтологическим исследованиям. После развала СССР еще в течение 10 лет ни в России, ни в других странах СНГ не удавалось восстановить хотя бы какие-то направления научных поисков. И кадры уходят – мы давно работаем неполную рабочую неделю, чтобы денег хватало хотябы на зарплату. Не говоря уже о том, что государство давно не выделяет средства на современную аппаратуру, реактивы. Если денег не дается науке, о какой Нобелевской премии можно говорить? Кстати, досконально изучив наш опыт, японцы у себя практически воссоздали структуру нашего института и вкладывают в его развитие серьезные средства. А бюджет Института старения в США больше бюджета всего украинского здравоохранения. Там можно рассчитывать на более быстрые прорывы относительно продления жизни человека и его активного долголетия. Наши же ученые, несмотря на скудное финансирование, все же пытаются выкручиваться, ищут всевозможные гранты, с нами с удовольствием идут на сотрудничество зарубежные научные учреждения. Но это не благодаря помощи государства, а вопреки тому, что оно делает для уничтожения потенциала отечественной медицинской науки.

Закончить этот раздел мы имеем возможность острым материалом о проблеме, решение которой является безусловной предпосылкой реформирования медицины. Речь идет о коррупции. Здесь все крайне интересно. Среди других высказался по этому поводу известный психиатр, но не преминул возможности изобразить безгрешного ангела закоренелый политик-коррупционер. Событие, о котором речь, **состоялось в 2003 г.**, а воз, похоже, и ныне там. «**Хронический коррупциоз**» – именно эта болезнь есть одной из главных в истории болезни нашего здравоохранения, но не все с этим согласны.

В.В. Загородній (в минулому заступник Державного секретаря міністерства охорони здоров'я України)

Хто такий сьогодні лікар? А пацієнт – хто у нас такий? Хто такий пацієнт? Я – лікар, один раз на собі відчув. Коли зайшов зі своєю проблемою до лікаря, у мене склалось враження, що я став і меншим, і нижчим. Я повинен розказати всю правду своїх проблем і я зразу психологічно потрапляю в залежність. Законодавчо повинні бути врегульовані стосунки між пацієнтом і лікарем. Як у всій Європі є закон «Про захист прав пацієнта», у всій Європі є закон «Про професійну лікарську і фармацевтичну діяльність».

Сьогодні майже 50% лікарів на селі думають, що треба піти з прийому й погодувати поросся.

Медична громадськість на стороні громадських рухів, які будуть сприяти реформуванню охорони здоров'я. Ніякими гаслами корупцію не побороємо. Опрацюємо правила суспільної гри «хто кому що зобов'язаний», досягнемо результату. Я не поділяю позицію «Антикорупційного форуму». Поняття корупції визначають закон «Про боротьбу з корупцією» і Кримінальний кодекс! Все виписано. Реформувати розмовами, дискусіями недостатньо. Планується з Комітетом Верховної Ради обговорити проект Закону про обов'язкове соціально-медичне страхування. Необхідно прийняти Закон про лікувальні заклади, Закон про професійну лікарську та провізорську діяльність, Закон про захист прав пацієнтів. Треба негайно відійти від утримання лікувального закладу за рахунок бюджетних коштів, перевести їх для виконання місцевого чи державного замовлення. Міністерство здатне забезпечити відкритість реформ. Ми порозуміємося з «Антикорупційним форумом». За корупційні дії не винні ані медики, ані пацієнти. Винні ознаки радянської системи. Вона не найгірша, але ми живемо в інших економічних, соціальних, адміністративних і політичних умовах.

Ю.А. Зозуля, академик (в прошлом вице-президент Академии медицинских наук Украины)

Доктор Загородний отразил мнение Минздрава и медицинских работников и Академии медицинских наук. То, что «Антикоррупционный форум» поставил эту проблему, мне представляется правильным, но надо соответствующим образом делать акцент. Большинство «пересічних громадян» говорит: «медики – сволочи, медики – коррупционеры, медики берут». Всем структурам общества надо так регламентировать свою деятельность, чтобы максимум средств инвестировать в медицинскую отрасль. В несчастных странах переходного

уровня страховая медицина не работает. В Академии медицинских наук 36 элитных институтов, но здесь больше 80% оборудования устарело.

С.Ф. Глузман, исполнительный секретарь Ассоциации психиатров Украины

Лечебные учреждения Академии получили финансирование даже по защищенным статьям на 53,5%. Инициатива Форума правильная, но под углом зрения, под которым она начала реализовываться, играет против стремления улучшать медицину.

Ирина Слободянюк, газета «Сегодня»

По расчетам экономистов, в год около 90 млрд. гривен оседает в карманах чиновников. Это почти два бюджета страны. За последние 10 лет 51% опрошенных вообще не сталкивались с бесплатным медицинским обслуживанием. В каждом четвертом случае мзда была настолько обременительна, что пришлось одалживать деньги. Мы далеки от намерения пригвоздить врачей к позорному столбу. Они были и остаются милосердными и самоотверженными. Просто зарплата врача – чуть больше половины прожиточного минимума.

В Киеве, при относительном благополучии с обеспечением медицины, мздоимство процветает. За операцию анестезиолог берет взятку в размере месячной зарплаты, малооплачиваемые хирурги разъезжают на иномарках, в карманах белых халатов звонят дорогие мобильники. В столичных больницах действуют отлаженные «цепочки»: врач должен ежемесячно платить заву, тот – главврачу и так далее. Чтобы получить должность врача, надо дать 500 у.е. Должность «главного» стоит в 20 раз дороже.

Ю.А. Фурманов, доктор медицинских наук, профессор

Суть в том, что мы живем в постоянной лжи. Мы врем, что у нас государственная медицина, но ее нет. Не может быть государственной медицины в стране, где в институте, в котором две недели тому делали операцию мирового уровня, на пятиминутке главврач говорит: «У нас в институте 1 млн. долга». Какой долг у государственного института перед государством? У государства может быть долг перед нами и никак иначе.

Самый счастливый период моей жизни, когда Институт сердечно-сосудистой хирургии работал по методу Федорова. Наш институт не должен заниматься грыжами, аппендицитами. Это удел районных больниц. Мы должны заниматься сложными, современными опера-

циями. И мы сделали шесть категорий сложности, институт зажил. Начали платить нормальные зарплаты, люди подняли головы, появились деньги на науку. Это было очень недолго. Один из руководителей здравоохранения сказал – хватит, вы нас грабили два года. Я вернулся из Нью-Йорка, показывал новый метод электросварки живых тканей. Мы учили американских хирургов. Меня посылали на международную конференцию «Врачи против терроризма». Выступали родители детей, которые погибли 11 сентября. Я не знал, что говорить, потом я понял. Терроризм может быть разным. Терроризм физический, а другой – психологический. То, что происходит с нами 70-80 лет – это психологический терроризм. В нас развили комплекс неполноценности. Моя соученица по институту выбросилась с балкона 11 этажа – боялась нищенской пенсии.

Нужно говорить правду. Если государство не может содержать медучреждения – отдайте их людям. Не переоценивайте страховую медицину. В США идут бесконечные суды, потому что врачи завышают сложность операций, завышают сложность обследований, и начинаются неприятности – люди подают в суд. Если врачи будут поставлены в нормальные условия работы, то все это ликвидируется само собой.

С.Ф. Глузман, исполнительный секретарь Ассоциации психиатров Украины

Профессиональный интеллект украинского психиатра вырос, в Украине появились специализированные факультеты по подготовке социальных работников, тема злоупотребления психиатрией перестала быть закрытой от общества. Но вот что странно – условия в психиатрических учреждениях изменились мало. В чем причина? В нашем Министерстве здравоохранения, за 12 лет независимости страны не нашедшем сил посмотреть в зеркало. Вокруг здравоохранения вытка на паутина из мифов.

1. Миф о прозрачности системы Министерства здравоохранения.
2. Миф о доступности медицинской помощи. Ситуация в сельском здравоохранении страшна, о доступности говорить грех.
3. Миф о бесплатности медицинской помощи. Все мы понимаем, что у нас нет бесплатной медицинской помощи.
4. Миф о недостаточном финансировании. Министерство не умеет считать стоимость медицинской услуги, отечественная система здравоохранения затратна и малоэффективна.

5. Миф о недостатке врачей в стране. Недостатка врачей нет. Есть недостаток интеллекта тех, кто возглавляет. Реформированная система выбросит большое число врачей, чье присутствие явно излишне. Оставшиеся будут работать эффективнее, их труд будет лучше оплачиваться.

6. Миф о контроле Министерства здравоохранения за качеством медикаментов.

7. Миф о контроле Министерства здравоохранения за качеством лечения. Контроля не существует. Ошибки, а иногда преступления медицинского персонала – общеизвестны.

8. Миф о наказуемости медицинского персонала за ошибки и служебные преступления. Все судебно-медицинские экспертизы остались в компетенции самого медицинского ведомства. Вот вам и неотвратимость наказания...

9. Миф о возможности введения страховой медицины. Возможно ли существование страховой медицинской модели в стране, где 60% экономики в тени? Может ли бедная страна гарантировать гражданам все виды медицинских услуг, например, дорогостоящую трансплантацию органов?

10. Миф об объективности медицинской статистики. Западные эксперты, работающие с украинскими исследователями, иронизируют над тем, что мы называем медицинской статистикой. Лишь одна иллюстрация: чернобыльская тематика, обросшая паразитирующими исследователями, возможными страшилками и прямой коррупцией.

11. Миф об аттестации (т.е. качестве) врачей. Пример: главным специалистом в области психиатрии в европейской стране Украине, является специалист в сфере урологии-сексологии.

12. Миф о качестве и количестве учебников. Книги для студентов, написанные отечественными авторами, в большинстве – плохие.

13. Миф о существовании серьезной медицинской науки. Медицинская наука и Академия медицинских наук Украины – явления различные.

14. Миф о возможности Министерства здравоохранения провести реформы. Выход из ситуации в ином: воссоздание внешнего Совета при Министерстве здравоохранения, куда должны войти представители государственных структур и неправительственных объединений. Лишь совет, финансируемый не Министерством здравоохранения, может выработать стратегию реформы.

Николай Янович Азаров (в прошлом - премьер-министр Украины)

Нельзя не признать, что распространение коррупции:

- подрывает возможность нормальной работы государства и успешного развития общества,
- приводит к расхищению общественных ресурсов и бюджетных фондов,
- создает непреодолимый разрыв в доходах между богатыми и бедными.

В результате:

- возникает и усиливается социальная сегрегация, увеличивается социальное напряжение;
- исчезает сама возможность построения общества «равных прав и равных возможностей»;
- подвергается дискредитации идея экономических и политических реформ.

В программных документах Форума адекватно отражены три главных направления антикоррупционных действий:

- выявление фактов коррупции, общественное противодействие коррупционерам,
- разъяснительная работа среди широких слоев общества, оздоровление и обновление морального климата в обществе,
- дальнейшая разработка юридической базы, совершенствование антикоррупционного законодательства.

Возможно ли обязательное медицинское страхование в бедной стране?

В основе медицинского страхования лежит принцип внесения регулярных взносов потенциальными потребителями медицинских услуг в счет будущих возможных расходов. Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях рыночных отношений и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения. Обязательное медицинское страхование является основой финансирования здравоохранения в большинстве развитых стран мира с эффективной системой здравоохранения. Многие бывшие социалистические страны восточной Европы и страны СНГ также избрали

этот путь. Так, в России реформирование здравоохранения путем создания системы обязательного медицинского страхования было начато еще в 1991 году на основании Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». В настоящее время в российской системе обязательного медицинского страхования много проблем. Средств обязательного медицинского страхования (3,6% от фонда оплаты труда) достаточно лишь для оплаты 30% сложившегося объема медицинской помощи.

В настоящее время министерство здравоохранения Украины инициирует введение общеобязательного государственного социального медицинского страхования, страховщиком по которому будет специально созданный Фонд. Законопроект предусматривает, что Фонд медицинского страхования Украины создается как некоммерческая самоуправляемая организация. Однако некоторые эксперты считают, что в такой бедной стране, как Украина, обязательное медицинское страхование ляжет непосильным грузом на трудоспособное население и не даст заметной прибавки к бюджету здравоохранения. Так ли это на самом деле? Попробуем это выяснить с помощью несложных расчетов.

В Германии обязательное медицинское страхование составляет 8,9% из доходов работающего и 7% работодателя. Такие большие проценты для граждан нашей страны, большая часть которых еле-еле сводит концы с концами, непосильны. Поэтому возьмем за основу расчетов 5 % налог на медицину с работающих людей, который они будут платить или со своих доходов, или за них будут платить работодатели. В 2014 году фонд оплаты труда для расчета страховых взносов в целом по Украине составил 439,4 млрд грн. Находим 5% от этой суммы – 22 млрд грн. При этом расходы на здравоохранение в бюджете Украины в 2014 году составили 8,48 млрд грн. Таким образом, дополнительные деньги за счет обязательного медицинского страхования позволят увеличить бюджет здравоохранения, а соответственно и зарплаты медработников в 2,6 раза. Много это или мало? Учитывая, что сейчас средняя зарплата врача около 2 тыс. грн., это позволит ее увеличить до 5,2 тыс. грн., что в 1,7 раза выше средней зарплаты в Украине. Конечно, по сравнению с неофициальными доходами врачей некоторых специальностей (хирурги, гинекологи) это очень мало. Но почему, собственно, врач в бедной стране должен зарабатывать как его коллеги в богатых странах? Аморально наживаться на людях, осо-

бенно когда они поставлены перед выбором между жизнью и смертью. Это должно жестко преследоваться, вплоть до запрета на профессию. Государство, которое платит врачу нищенскую зарплату за его тяжелый труд в расчете на поборы с пациентов – аморально как по отношению к врачу, так и по отношению к пациенту. Оно делает врача преступником, а пациента жертвой. Уродливое сочетание социализма (нищенская зарплата врача, независящая от количества и качества его труда) и «дикого» капитализма (нажива на горе людей), характерное для медицины нашей страны, далее нетерпимо. Обязательное медицинское страхование, обеспечивая дополнительные ресурсы для здравоохранения, является выражением принципов социальной справедливости и гуманизма, когда богатые платят за бедных, спасая им жизнь.

Всех нас объединяет одна высокая цель – сделать так, чтобы мы и наши дети жили в нормальной, цивилизованной европейской стране.

Послесловие

I. Реформы или реформация?

Обратная сторона медали принципиально отличается от обратной стороны нестиранного белья, но то и другое можно увидеть и в нынешней системе здравоохранения в Украине и в проекте ее реформ. От этого можно отмахнуться, сославшись на диалектику и Гегеля, но технология преобразований связана с их философией. Мы остро нуждаемся во всеохватывающей **метареформе**; отраслевые инновации образуют неразрывную общность. Это не лишает последних профессиональной специфики, но тоталитарная недореформированность постсоветских республик гнетет каждую свежую мысль. «Как реформировать здравоохранение», – важная проблема, но каковы критерии успеха? Средняя продолжительность жизни – не только медико-демографический, но и социальный показатель в той его составной, которую характеризует расслоение населения (как по доходам, потреблению мяса или фруктов). Достижение справедливости – важнейшая задача метареформы, но Украина в самом начале пути. Мы нуждаемся не просто в реформах и реформочках, но и в такой радикальной реформации, которая в свое время изменила христианский мир. Материал, который представлен ниже, синтезирован из нашего и чужого исторического опыта, что, надеемся, придаст ему достаточную убедительность.

Українське суспільство від початку здобуття ним незалежності знаходилося у стані невизначеності та перманентної трансформації. Цей стан став середовищем, яке перетворило категорію «реформа» у персистуючу соціальну хворобу. Депо реформ – кабінети медичних чиновників. Там хвороба безперервно еволюціонує під впливом соціально-політичної кон'юнктури. На зміну соціальному популізму приходять ліберальний – реформи заради реформ.

Драматичні події лютого 2014 року в центрі Києва та вимоги міжнародних фінансових інститутів спричинили чергову реформаторську активність вищої політичної влади та неурядових структур. Країна ризикує пройти черговий сплеск безрезультатної реформаторської активності, що може закінчитися трагічно. Реформа

– це не просто вимушена дія під тиском внутрішніх або зовнішніх обставин. Реформа – розплата за помилки, які необхідно визнати і виправити. Треба звертати увагу на те, яка соціальна група їх ініціює та провадить у життя: саме ці люди реалізовуватимуть своє розуміння справедливості.

З формальної точки зору, під реформою розуміють нововведення будь-якого змісту, що не ототожнюється з поняттями «вдосконалення» чи «модернізація». Це призводить до соціальних конфліктів і криз. Неспроможність проведення реформ засвідчує відсутність прозріння і морального одужання. Треба визнати, що медичну сферу реформувати найскладніше. Для її оздоровлення мало бути лікарем.

Свого часу російський філософ Ніколай Бердяєв (до слова, колишній киянин) писав про те, що свобода та лібералізм потрібні для руху вперед і доверху, а стриманість, обережність та консерватизм – для того, щоб не впасти донизу та не відкотитися назад. Ця думка має стати корисною для медичних реформаторів, які намагаються викреслити правила та цінності, що пройшли випробування часом, впроваджуючи натомість непотріб власного або запозиченого походження. Справедливість – головна ціннісна категорія медичної реформи. Справедливість є головною метою й рушійною силою реформ. Реформи не проводяться заради підвищення середньої тривалості життя чи зниження малюкової смертності. Кожна соціальна верства має власну уяву про справедливість. Моральне право на проведення перетворень повинна отримати вузька соціальна група, яка користується довірою й авторитетом і здатна зрозуміти загальний інтерес. Головною проблемою реформ є нерозуміння справедливості з боку медичних реформаторів. Наприклад, у СРСР джерелом справедливості були лінь та заздрість. У США джерелом справедливості є свобода, – все, що обмежує свободу, не справедливе. В Україні після Революції Гідності відбулася часткова міграція моральних авторитетів в урядові структури, але їх недостатньо для проведення реформ (медичної зокрема).

Проблема в тому, що медицина є малопривабливою з економічно-комерційної точки зору (тому питання приватизації її оминули) і водночас дуже небезпечною в соціально-політичному аспекті. Тут політиканам треба скласти із себе відповідальність, якщо й не отримати політичних дивідендів, то хоча б не знищити своє політичне майбутнє. Війна на сході країни є зручним фоном для того,

щоб нарешті реалізувати давні «благородні» наміри в системі надання медичної допомоги без серйозних політичних наслідків.

II. Больничная койка – это кровать или нечто большее?

Опыт сокращения стационарных коек показал, что ожидания часто не оправдываются. Качество помощи, особенно ее доступность, снижается, а обещанные экономические выгоды так и не достигаются. Величие реформ заключается в принятии выверенных и прагматически обусловленных решений. Достаточно вспомнить результативность здравоохранения, которая оценивается по социально-демографическим параметрам. Для этого в системе Семашко использовалась мобилизация государственных ресурсов, индустриализация промышленности, интенсификация сельскохозяйственного производства, а также командно-административная система управления. Сегодня, как и раньше, посещаемость и план койко-дня остаются основными показателями функционирования бюджетных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Понятие больничной койки с точки зрения лечебно-диагностического процесса рассматривается в контексте инфраструктуры, которая включает административную и медицинскую службу, институт ухода (которого у нас нет), медикаменты и инженерно-технический персонал. Существуют различные типы больничных коек в зависимости от того, каким больным они предназначены. В целом койки включают стационары в государственных и частных учреждениях (общего профиля и в специализированных больницах), а также в реабилитационных центрах. Учитываются койки для больных с острыми и хроническими заболеваниями. Реабилитационная койка отличается от койки для больного с полиорганной недостаточностью, которому могут потребоваться искусственная вентиляция легких, инфузионная коррекция и т.д., а хирургическая койка не во всем равнозначна терапевтической. А куда относить койки дневного стационара в поликлиниках?

Статистика, анализируемая Всемирной организацией здравоохранения, показала, что с 1990 г. число коек сократилось во многих странах мира. В ряде стран, в частности в Нидерландах, число коек сократилось ненамного, однако значительно снизилась занятость койки, то есть увеличился ее оборот. Данные о том, сопровождалось ли это увеличением штатного ресурса, не представлены.

Во всем мире существование маленьких сельских больниц остается под угрозой. В 1993 г. было прекращено финансирование 52 сельских больниц в провинции Саскачеван (Канада), в каждой из которых насчитывалось менее 8 коек. Большинство этих больниц впоследствии было преобразовано в центры первичной медицинской помощи. Успеха удалось достичь там, где местное руководство поддерживало принятие инновационных решений и где создавались доступные службы альтернативной медицинской помощи, – в частности, крупные госпитальные блоки, обслуживающие население нескольких админтерриторий. В Украине этот прием не сработал ввиду отсутствия транспортной инфраструктуры, запрета на перевод средств из одной административной единицы в другую и кучи житейских (бытовых) коллизий. Последние были очевидными еще во времена СССР, когда райбольница была «койкой» для всего населения района. Межрайонные госпитали сегодня на практике – утопия, а в устах устаревших реформаторов – блеф.

III. Зачем ликвидировать санэпидемстанцию?

Санитарная эпидемиологическая служба не нужна. Так считают в Министерстве здравоохранения Украины. Как заявил глава министерства, санэпидемслужбы обирали всю страну взятками. Нужно отходить от советских структур и переходить на нормальную работу». Говорит председатель Украинского санитарно-эпидемиологического союза: «Если есть взятки, мы попросим министра обратиться в правоохранительные органы. Некоторые наши коллеги считают, что деятельность службы связана в основном с проверками, ограничениями (для бизнеса). Наша служба занималась и проверками (сейчас на них введен мораторий). На это мы согласны и предложили в письме министру свои услуги. Контрольная работа — не основная наша функция».

Эксперт перечисляет вредные факторы: биологические, химические, физические, радиологические, психологические и другие: «Наша основная функция, — установить, как они влияют на нашу жизнь и здоровье, что мы пьем, едим, чем дышим. Это — профилактика. Если о ней забыть, то расходы по ликвидации вспышек инфекционных заболеваний многократно перекроют экономию от сокращения штатов. Если этой функцией правильно пользоваться, то СЭС для Министра здравоохранения — первый помощник. Этому многие не понимают. Трудно оценить то, что не произошло, что предотвращено. Никто не

знает, сколько случаев отравлений, патологических состояний, единичных или массовых, удалось предупредить нашей службе».

10 сентября 2014 года было принято, а 16 сентября вступило в силу постановление правительства «Об оптимизации системы центральных органов исполнительной власти». Документ предусматривает создание госслужбы безопасности пищевых продуктов и защиты потребителей. Формироваться она будет путем преобразования Государственной ветеринарной и фитосанитарной службы и присоединения ее к организации, которая образуется, — Госинспекции по защите прав потребителей и Госсанэпидемслужбы. Это до сих пор не реализовано, говорит исполнительный директор Украинской санитарно-эпидемиологического союза, и тысячи сотрудников СЭС находятся в подвешенном состоянии. Заявление министра сдвинет ситуацию с точки заморозки. Чего ждать стране и ее гражданам?

В результате моратория на проверки растет количество вспышек инфекционных заболеваний, в том числе в дошкольных учреждениях. В этом году зафиксировано 27 таких случаев, 446 человек.

В стране часто принимаются необдуманные решения. Стратегия реформирования здравоохранения молчит о реформировании СЭС и вообще об этой службе. Представитель Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения обратил на это внимание и подчеркнул, что ликвидация санэпидемслужбы приведет к тому, что не будут разрабатываться и профилактические мероприятия.

В мире Украину отнесли по полиомиелиту к одной из самых опасных стран. К нам не завозят вакцины, не проводят прививки. За 40 лет охват детей соответствующими прививками не был таким низким (30%), он должен быть не менее 85%.

Сегодня никто не контролирует инфекционные заболевания, не разрабатывает стандарты профилактики инфекций на нашей территории, где идет война.

Функции СЭС должны сохраниться. Вопрос в том, на кого их возлагать. Красивое слово «ликвидация» не находит подтверждения в нормативно-правовых актах. Везде речь идет о передаче функций. О ликвидации говорят, а другие органы, которым эти функции будут переданы, еще не названы. В «Стратегии развития здравоохранения» на сайте министерства информации об этом нет.

Болезни управления препятствуют работе медицинских учреждений и в условиях их рутинной работы, и в период проведения ре-

форм. **Управляемость** – одна из важнейших ценностей; но она никогда не бывает полной. Когда ее степень оказывается патологической? Когда несогласованность целей и действий ставит под сомнение достижение заданного результата. Часто это имеет место, когда руководство направляет свои усилия на одну систему связей и норм, а в действие приходит другая система, нежелательная и незваная. Обеспечить управляемость – значит снять противоречия между ростом (экстенсивным) и развитием (по определению интенсивным, но фактически не стающим таковым). Причин несколько: всегда есть трудности в передаче желаний (интересов) от одного человека к другому (1); случаются коммуникативные тромбы, вызванные непродуктивным стилем руководства, конфликтными отношениями и проч. (2); на предлагаемые работнику цели накладывается его личный интерес, искажающий их понимание (3); руководителям и/или исполнителям может недоставать образования и интеллекта – *«Он в лоб стучался кулаком, // забыв название тома, // Но для чего стучаться в дом, // Коль никого нет дома?»* (4).

Анализируя плохое управление, известный американский менеджер В. Эдвард Деминг выделил ряд «смертельных болезней», препятствующих успеху, а канадцы Кет де Рай и Денни Миллер предложили специфическую типологию, отражающую порочный стиль управления: параноидальный, эпилептоидный, истероидный, депрессивный и шизоидный. На основании этого можно выделить патологии, связанные с организационной культурой, управлением, принятием решений и динамикой развития. Очевидна ассоциативность и некоторая произвольность такой классификации, но образованному и креативному управленцу легко понять, о чем речь. Друг одного из авторов этой книги так написал о плохом управленце: *«Телефоны, портреты, ковер, // Секретарь, ноутбук для понтов – // Когда рвякает главный бобёр, // Ты сквозь пол провалиться готов».*

Так или иначе, но только тот, кто в советское время не имел отношения к повседневной врачебной работе, может бросить камень в сторону СЭС. Г-н Квиташвили – хороший специалист в зоне своего образования, но его позиция «над практикой» (над выгребными ямами, мухами, грызунами, хлоркой, прививками) означает «над профилактикой», а это прискорбно. Заметим, что в Киеве в дореволюционное время имела место быть санитарная полиция; прививками она не интересовалась, а выгребные ямы и то, что входило в компетенцию

«золотарей», контролировала жестко. Складывается впечатление, что некоторые реформаторы/ликвидаторы отстаивают для СЭС подобный вариант.

IV. Может ли Украина быть успешной?

У меня зазвонил телефон. Кто говорит? Вместе с мобильным телефоном в нашу жизнь входит мобильная медицина, известная как mHealth. Широкое распространение mHealth получила в экономически развитых странах, где мобильными медицинскими услугами пользуются лечебные учреждения и пациенты, нуждающиеся в легком доступе к медицинским услугам и самостоятельно следящие за своим здоровьем. Медицинские организации используют полномасштабные платформы для хранения электронных медицинских карт (выписка электронных рецептов и направлений, поиск врача по специализации и месту жительства). Пациенты, пользуясь мобильным устройством и различными технологиями беспроводной связи, могут получить персональную консультацию медицинского специалиста, не посещая больницу или поликлинику. Кроме услуг по мониторингованию работы сердца и головного мозга, уровня артериального давления и гликемии, mHealth-технологии предполагают: использование носимых, имплантируемых или проглатываемых сенсоров различных жизненных показателей; применение систем быстрого анализа (крови, мочи, слюны) и широкомасштабных диагностических систем; внедрение систем для ухода за лицами пожилого возраста, больными с хронической патологией и детьми; контроль состояния здоровья и своевременного приема необходимых лекарств; планирование поэтапного лечения и обучение пользователей. Система Soarian Clinical позволяет дистанционно осуществлять контроль за состоянием не только пациента, но и его кардиостимулятора, избавляя его от необходимости приезжать в клинику для проверки имплантированного устройства. Система удаленной поддержки пациентов с хроническими заболеваниями Care Innovations позволяет больным с хронической патологией получать информацию о состоянии своего здоровья и медицинскую поддержку в режиме non-stop независимо от места нахождения.

Совершив тихую революцию в мировом здравоохранении, услуги mHealth стали внедряться и в развивающихся странах.

Финансовые аналитики пророчат mHealth звездное будущее, ведь спрос на мобильную медицину велик, а предложений не так мно-

го. Так, по мнению аналитиков, в 2017 г. объем мирового рынка мобильной медицины составит 23 млрд. долларов с учетом оборота всех заинтересованных сторон: операторов мобильной связи, производителей оборудования, создателей мобильных приложений, медицинских учреждений. Самым крупным направлением рынка станет мониторинг состояния здоровья, на его долю будет приходиться 17 млрд. долларов. Эксперты считают, что mHealth окажет значимое влияние на стоимость услуг в двух областях: применение мобильных технологий позволит снизить затраты, связанные с отсутствием доступности медицинской помощи, и уменьшить стоимость повторных госпитализаций на 55%.

Гиганты информационных технологий приступили к разработке полномасштабных мобильных приложений для разных сфер медицины – терапии, ортопедии, лучевой диагностики.

В соответствии с основным принципом доказательной медицины эффективность mHealth-технологий была изучена в ряде рандомизированных клинических исследований (РКИ). Большинство РКИ проводились с применением SMS-рассылок, и только в небольшой доле испытаний оценивалась эффективность сложных приложений, оснащенных дополнительными устройствами для регистрации жизненных показателей. Одним из таких исследований является работа 2014 г., в которой тестировалась эффективность мобильной платформы самоконтроля у больных сахарным диабетом.

Рандомизировав пациентов на две группы (контроль, n=50; интервенционная группа, n=101), исследователи разделили участников экспериментальной группы на две подгруппы. Пациентам первой подгруппы (n=51) бесплатно выдавали мобильную систему, больные второй подгруппы (n=50) получали еще и медицинское консультирование, которое проводила специально обученная эндокринологическая медсестра. После завершения 12-месячного наблюдения ученые зафиксировали недостоверное снижение гликозилированного гемоглобина в обеих группах. Сделав поправку на возраст, пол и уровень образования, эксперты установили, что средние изменения в отношении самообслуживания были значительно выше в группе с консультированием (p=0,04). Следует особо выделить работу 2014 г., в которой доказано, что у больных СД специализированная SMS-рассылка способствует совершенствованию техники инъекций инсулина и улучшению контроля гликемии. Пациенты, получавшие SMS-сообщения,

имели более высокий уровень знаний и навыков в отношении подкожного введения инсулина через 3 и 6 мес. ($p < 0,05$) от начала исследования. Это позволило сократить количество инъекций инсулина и уменьшить частоту смены мест для уколов, заслуживают внимания указания на целесообразность применения mHealth-технологий у ВИЧ-инфицированных женщин, получающих высокоактивную антиретровирусную терапию. Благодаря мобильным врачебным консультациям большее количество детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, обследованы на наличие ВИЧ в течение 10 нед. Этот результат достигнут после рассылки 482 SMS-сообщений и совершения 202 звонков (в среднем по 10 сообщений и 4 звонка на одну беременную).

Применение мобильных устройств способствует выявлению лиц, нуждающихся в вакцинации, увеличению охвата иммунизацией и повышению эффективности иммунизации детского населения, проживающего в отдаленных местах.

Доказана пригодность и применимость мобильных телефонов для активации процедуры катетеризации сердца на основании получения от пользователей мобильных устройств изображений ЭКГ, характерных для инфаркта миокарда. В соответствии с дизайном исследования ЭКГ, отосланные из догоспитальных учреждений в отделения неотложной помощи, передавали на расшифровку четырем независимым специалистам, которые не имели другой информации относительно участников исследования и классифицировали полученные данные как характерные/нехарактерные для инфаркта. Через 2-4 нед тем же специалистам предоставляли для интерпретации оригинальные бумажные записи ЭКГ. Всего в исследовании было описано 87 ЭКГ, из них 75% больным затем была выполнена катетеризация сердца. Сопоставимость в интерпретации данных между распечатанной и мобильной версией ЭКГ была достаточно высокой; оба этих типа ЭКГ имели достоверность в активации процедуры катетеризации сердца.

Сможет ли mHealth увеличить приверженность к приему медикаментов? Включив в систематический обзор результаты 20 РКИ, разделили все работы на три группы: РКИ с участием ВИЧ-инфицированных пациентов ($n=5$), РКИ с вовлечением хронических больных (бронхиальная астма (БА), ишемическая болезнь сердца, СД, артериальная гипертензия, инфекционные заболевания, трансплантация органов, псориаз) ($n=11$), РКИ с участием здоровых лиц ($n=4$).

Текст SMS, использованный в исследованиях, напоминал о необходимости приема медикаментов и/или модификации образа жизни. Увеличение приверженности к приему медикаментов при применении mHealth-технологий зафиксировано в 4 РКИ с участием ВИЧ-инфицированных, в 8 РКИ с участием пациентов с хронической патологией, а также в 1 РКИ, наблюдавшем здоровых добровольцев.

В одной из работ, основанной на анализе 14 РКИ с общим количеством участников 1337, показано, что использование mHealth лицами с ожирением позволяет последним снизить массу тела по сравнению с контрольной группой.

«Как жаль, что услуги mHealth не скоро будут доступны нам», – вздохнул пессимисты. Оптимисты не согласятся, ведь украинские пользователи уже активно эксплуатируют различные медицинские приложения. Более того, пользователям доступен не просто любительский софт, а приложения, созданные в содружестве с профессиональными медицинскими работниками, ведущими специалистами в соответствующих сферах медицины. Примером таких разработок может быть пакет мобильных медицинских приложений, предоставляемых компанией «Киевстар»: «Добре бачу», «Перша мобільна допомога», «Моя Зірочка», «Моя Зірочка. Перший рік». Каждая из этих программ имеет свою целевую аудиторию: «Добре бачу» предназначена для использования детьми и взрослыми, «Моя Зірочка ВВ» и «Моя Зірочка. Перший рік» будут интересны беременным и родителям детей 1-го года жизни соответственно, «Перша мобільна допомога» – всем желающим овладеть основами первой медицинской помощи. Наиболее популярным является приложение «Добре бачу», которое было создано совместно с экспертами ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В.П. Филатова НАМН Украины». Этот софт позволяет не только проверить остроту зрения, но и снять напряжение глаз, а также тренировать глазные мышцы. Использовать приложение интересно и полезно не только взрослым, но и детям, ведь детские упражнения выполнены в виде красочной игры с веселой музыкальной считалочкой и имеют приятное голосовое сопровождение.

Компания «Медицинский софт Украины» разработала мобильное приложение «Парацельс». Эта программа предназначена для мониторинга жизненно важных параметров (артериального давления и пульса), выявления аритмии, оценки показателей физической активности и коррекции факторов риска. Кроме того, «Парацельс» позволя-

ет строить графики динамики изменений контролируемых параметров и формировать отчеты, своевременно отслеживать риски и угрозы здоровью, вести удобный дневник приема лекарств и фиксировать самочувствие. Внедрение мобильных технологий mHealth на украинском рынке продолжается.

Недавно нашу страну посетил ведущий европейский эксперт, основатель и директор по исследованиям компании Research2Guidance Ральф Гордон Йанс. В рамках 23-й международной выставки «Здравоохранение 2014» он представил украинской аудитории результаты исследования «Развитие мобильных приложений mHealth в Европе». В своем докладе Ральф Йанс отметил, что Украина пока пребывает на самых ранних этапах развития мобильной медицины и приложений для заботы о здоровье. По его мнению, лидерство в сегменте чистых mHealth-приложений принадлежит компании «Киевстар», тогда как в сфере телемедицины ведущие позиции занимает харьковская компания Tredex. В настоящее время компания Tredex имеет несколько значительных разработок: телеметрическое устройство для снятия и передачи ЭКГ «Телекард», мобильный прибор для отображения электрокардиографического сигнала «Москит», комплекс радиомониторного ЭКГ-контроля «РадиоХолтер», радиотелеметрический электроэнцефалограф Expert-16 Compact. **Иновационные технологии mHealth постепенно становятся реальностью для жителей нашей страны. Будем надеяться, что пользователи мобильных устройств разного уровня (государство, медицинские учреждения, фармацевтические компании, врачи и пациенты) будут идти в ногу со временем и активно пользоваться новыми технологиями mHealth.**

V. Как жить перед смертью?

«Паллиатив» в переводе с французского означает «полумера». Не удивительно трактование хосписа как «больницы для полумертвцов». 9 из 10 людей не будут умирать легко и незаметно, как хотелось бы большинству. Пациенты с ограниченным прогнозом жизни (онкологические больные, пациенты с застойной сердечной недостаточностью, циррозом печени, неврологическими заболеваниями, патологией системы дыхания и др.) могут оказаться в ситуации, когда терапия на излечение невозможна. Паллиативная медицина имеет многовековую историю, т. к. в прошлом медики при онкопатологии и ряде других заболеваний могли предложить только паллиативный подход. Истоки

современной паллиативной помощи находятся на Западе. Предпосылки к организации паллиативной помощи в отечественной медицине существовали задолго до появления Виктора Зорзе, участвовавшего в создании первого в Советском Союзе хосписа. Ретроспективный анализ оказания помощи пациентам в последний год жизни показал, что на 100 умерших приходилось 1083,4 врачебного посещения. Выписка из стационара тяжелобольных, нуждающихся в уходе до смерти, осложняет жизнь родственников. Целесообразность создания специализированных отделений для такой категории пациентов несомненна. Большая проблема – говорить или нет пациенту о смертельном заболевании. Ранее культивировалась ложь во благо. Говорить нужно, но только тому, кто готов это услышать. Общество должно быть готово к обсуждению вопросов, связанных со смертью, чтобы на последнем рубеже людям не приходилось становиться учениками и экзаменуемыми одновременно. Узнав о диагнозе, пациент проходит несколько периодов осознания. Не каждый достигает стадии принятия, когда процесс умирания носит гармоничный, естественный характер. Очень тяжело видеть людей, которые умирают, не готовые к смерти, не осознавшие свой жизненный путь, не получившие умиротворения в отношениях с близкими. Проявления депрессивного синдрома выявлены в 68,85% случаев, причем у женщин – в 2 раза чаще, чем у мужчин. Умиротворение умирающего человека очень значимо для родственников. Конечно, если они есть. Одинокие люди и ожесточение общества – отдельная проблема.

Если говорить об экономической составляющей, то выгоды для государства в случае организации паллиативной службы очевидны. По результатам работы хосписа, расположенного в г. Львове, в 2005 г. отделение на 30 коек в сочетании с выездной службой обеспечили ожидаемый экономический эффект более 800 тыс. грн, что достигалось за счет оптимизации работы участковой службы, уменьшения количества выездов скорой помощи, освобождения непрофильных коек стационаров города. В условиях хосписного отделения г. Донецка, также рассчитанного на 30 коек, определено возможное количество опекуно-дней, отражающих уменьшение нагрузки на работающих родственников в случае госпитализации паллиативного пациента в профильное учреждение. Это составляет 20 тыс. дней в год. Не исключено, что понимание финансовой выгоды в случае оживления экономики региона может подтолкнуть к созданию программ государст-

венного кредитования при открытии центров по оказанию стационарной и амбулаторной паллиативной помощи. Пока в значительной степени это происходит за счет привлечения внебюджетных средств, при участии благотворительных организаций, в т. ч. из-за рубежа.

Несмотря на высокий показатель летальности, совершенно ошибочно считать, что госпитализация в хоспис – это «билет в один конец». Во многих случаях удается стабилизировать состояние больных, что позволяет продолжить наблюдение в домашних условиях. Есть случаи, когда болезнь отступает и можно говорить о снятии установленного ранее диагноза. Подобные явления имеют место и в других отделениях, например в хосписе г. Харькова. Нельзя обойти и такое понятие, как расхождение клинических и патологоанатомических диагнозов. И это ответ на вопрос, стоит ли производить аутопсию у пациентов, умерших в хосписе. В ряде случаев это является необходимостью, особенно на этапе становления службы, когда госпитализация в хоспис является не логическим завершением цепочки оказания помощи, а первой встречей врача и пациента. С начала т.н. медицинской реформы в 2012 г. возросло число случаев расхождения диагнозов; показатели досуточной летальности говорят сами за себя.

Одним из ключевых в оказании паллиативной помощи является вопрос о болевом синдроме. По данным исследования, проведенного в 1989 г., 80% населения в мире не имеют достаточного доступа к лечению сильной боли. По состоянию на 2010 год общий показатель потребления морфина в Украине составил 18,5% потребности: врачи опасаются назначать опиаты, несмотря на появление таблетированного морфина и новые нормативные документы. Коррекция болевого синдрома – это не только назначение опиатов. Вопрос выходит за рамки обывательского представления «морфин по кубику утром и вечером». Обязательно пошаговое назначение анальгетиков согласно стратегии ВОЗ, начиная с ненаркотических, при адекватном совместном применении с вспомогательными (адьювантными) средствами. Возможность усиления обезболивающего эффекта при применении средств с психотропной активностью не вызывает удивления. Но полезными могут быть и такие традиционно гипотензивные средства, как клофелин и верапамил. Большой потенциал имеют применение регионального обезболивания, использование психотерапии, электроаналгезии и т. д.

Паллиативные пациенты нуждаются не только в обезболивании. Существующий формуляр предусматривает использование многих групп препаратов. Это требует финансирования. Наиболее простые средства для медикаментозной терапии (из расчета 5 грн/сут на человека) перекрывают только 4% существующей потребности. Недостающее изыскивается родственниками или благотворительными организациями.

По рекомендациям ВОЗ, для паллиативной помощи необходимо 25-30 коек на 300-400 тыс. населения. Парадоксально, но действующие хосписные отделение не всегда выполняют план койко-дней. Чтобы воспитать персонал, знающий особенности ухода за тяжелыми пациентами, умеющий правильно распределять силы и время, готовый противостоять синдрому профессионального выгорания, недостаточно обычного курса обучения в условиях медицинских вузов и училищ. Необходима специализация. В Украине обучение можно пройти на кафедре паллиативной и хосписной медицины в Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), в тренинговых центрах на базе хосписа в гг. Ивано-Франковске, Харькове.

VI. Как работают успешные и неуспешные системы?

Качественно новые позитивные решения проблем есть привычным/обязательным итогом деятельности специалиста только в том случае, если его рабочим инструментом являются методы функционально-стоимостного анализа и синтеза системы (ФСАС). Такой подход впервые сформулировал в 1946 г. Лоуренс Д. Майлз, инженер корпорации «Дженерал Электрик» (США), определив его как «прикладную философию экономии затрат до, во время и после них». Особого распространения в экономике и других сферах (в частности, в медицине) такой подход получил в Японии.

ФСАС можно рассматривать в нескольких аспектах: общесистемном (1), научном (2) и технологическом (3):

во-первых, это совокупность взглядов, методов и процедур, гарантирующих снижение затрат;

во-вторых, это отрасль знаний, возникшая вследствие объединения традиционных и новых понятий и развивающаяся как целостная дисциплина;

в-третьих, это технология творчества, направленного на экономизацию деятельности любого типа.

Такое количество абстракций может быть воспринято скептически – как популяризаторская лекция, имеющая отдаленное отношение к реформированию медицины. Однако с отсутствием системного подхода к этой проблеме связаны многочисленные заявления засидевшихся на старте реформаторов о необходимости сохранить «всё лучшее» – без упоминаний о том, как и что к лучшему добавить. Считается, что ученые сначала собирают материал, а потом с помощью интуиции и логики строят гипотезы, проверяют их и выступают с новыми предложениями. Это – миф: задолго до появления решающих доказательств на обсуждения выносятся старые предубеждения, сформированные в недрах не столько солидных школ, сколько из-за личных интересов и привычек. Такова позиция людей, избегающих нововведений. Действительное прогрессирование системы сопровождается увеличением ее *идеальности*, т.е. снижением числовых показателей деятельности, которые приближаются к нулю, а функции выполняются за счет внутренних умений системы, работающей на гомеостаз. Если говорить упрощенно, возрастает коэффициент полезного действия. «Хорошая» система может функционировать в режиме «самозаточки» ножа (такие часто есть на кухне). Речь не идет о дискредитации прошлого опыта, но его упорная консервация на вечные времена бесперспективна. Если исходить из того, что в охоте на тигра самое главное – не встретиться с тигром, сафари не будет настоящим.

Перефразируя Льва Толстого, можем сказать: «Все успешные системы одинаково счастливы, все неуспешные – несчастны по-своему». Работа над этой книгой заканчивается. Мы имеем возможность подвести некоторые итоги неудачам на пути к реформам, специфичным в разных сегментах здравоохранения, но родственных по бессистемности. Опираясь на квалифицированную работу журналистов «Зеркала недели» (2015, №15), начинаем скорбный перечень: Минздрав создал Центр реформ, как бы выполнив, но только объявив свои планы преобразований. Обещанные закупки через ВОЗ и ЮНИСЕФ должны были радикально удешевить вакцины и медикаменты, но чего нет, того нет – аптеки остаются беспощадно дорогими. Закупка вакцин и препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, максимально распиаренная, стала олицетворением успеха; это направление важно, но все же это – частность. Можно ли считать успехом кад-

ровый ураган, во время которого отстранили (или устранили) всех, в том числе и предпоследних профессионалов. Специальное агентство, которое проводило бы тендеры, обещано – но создано не было. Анти-монопольный комитет выявил, что некоторые препараты продаются по ценам, завышенным в 5 раз. Специальные бюджетные больницы для т.н. элиты функционируют, как прежде; кто-нибудь видел такие в Европе? По словам эксперта, принимавшего участие в разработке первого варианта стратегии реформ, ничего не сделано, чтобы вывести здравоохранение из глубочайшего кризиса; все крутится вокруг закупок и фармаций, т.е. вокруг денег, которых никогда нет, но которые всегда привороживают. А врачи, как всегда, «берут» – у них, как всегда, низкая зарплата. И вообще – все, как всегда... Status idem. У нас коррупция, война, инфляция, бедность – в таких условиях возможно ли вообще проведение реформы здравоохранения безотносительно к тому, кто возглавляет Минздрав или Центр реформ? Следовало ли писать и стоит ли издавать посвященную этому книгу? Мы уверены – реформы возможны в темпе «шаг за шагом», синхронизированном с улучшением ситуации в государстве и его институтах. Украина должна знать мировой опыт проведения реформ, чтобы (в более или менее отдаленные сроки) выйти в системе здравоохранения на автокаталитический режим «самозаточки ножа» или максимально приблизиться к нему.

Для реформирования здравоохранения нужен поэтапный план. Для такого проекта необходимо:

- выбрать критерий достижения главной цели здравоохранения – повышение ожидаемой продолжительности жизни населения при реализации природного потенциала каждого человека;

- составить «дерево целей» и соответствующее ему «дерево критериев» достижения промежуточных и смежных целей здравоохранения;

- использовать элементы прошлого и настоящего здравоохранения при их соответствии промежуточным и смежным целям;

- разработать функциональную модель человека как целого во взаимосвязи с природой и обществом и как частей целого – систем организма, органов, тканей, клеток;

- разработать оптимальные для реализации природного потенциала человека модели управления здоровьем с учётом возраста, пола и разума;

- разработать градационные шкалы от нормы до различных патологий человека с учетом возраста и пола;
- синтезировать структуры учреждений здравоохранения на основе разработанных моделей, градационных шкал здоровья и алгоритмов решения всех задач.

Стабилизация экономики и начало экономического роста – благоприятны для преобразований, и в конце 1990-х гг. была начата серия реформ, направленных на повышение эффективности здравоохранения и качества медицинской помощи.

Основной целью было повышение качества ПМСП, но вместе с тем это была стратегия сдерживания затрат. Семейные врачи и врачи общей практики должны выполнять контроль корректного доступа к услугам специализированной и стационарной помощи, уменьшив нагрузку на службу скорой помощи. Были утверждены нормативы, обеспечивающие реформу, Однако там, где власти придерживались консервативных взглядов, семейная медицина и общая врачебная практика находятся в рудиментарном состоянии.

Важным шагом, в полной мере не оцененным и не принятым, было введение при поддержке международных организаций (2006 г.) системы национальных счетов здравоохранения (НСЗ) — инструмента, позволяющего получить полную информацию о финансовых потоках в системе здравоохранения в государственном и в частном секторе.

Наиболее серьезные препятствия на пути развития здравоохранения в Украине таковы:

1. основное внимание уделяется не удовлетворению потребностей населения в медицинской помощи, а удовлетворению потребностей самой системы здравоохранения;
2. недостаточный объем финансирования отрасли из государственных источников;
3. нарушение принципов справедливости и солидарности;
4. неэффективное использование ресурсов здравоохранения для решения каждодневных задач;
5. недостаточное внимание к профилактическим мероприятиям;
6. дисбаланс в структуре видов медицинской помощи;
7. неэффективное влияние здравоохранения на число прожитых «здоровых лет» и среднюю продолжительность жизни.

Здравый смысл, совесть и понимание того, чем есть менеджмент, – три необходимых и достаточных качества, позволяющих одо-

леть перечисленные шесть отражений беды.

Директор Всемирного банка по делам Украины, Беларуси и Молдовы в небольшой статье, опубликованной в одной из наиболее авторитетных украинских газет, показал отличную менеджерскую выучку, сказав о реформе здравоохранения всё обо всем.

Несмотря на определенный прогресс, результаты в здравоохранении в Украине остаются плохими. В среднем украинцы живут на 11 лет меньше, чем другие европейцы. Приблизительно 80% "чрезмерных смертей" — между 15 и 60 годами жизни. Проблема в неэффективном использовании ресурсов, недофинансировании отрасли и коррупции, пронизавшей медицинскую сферу.

Необходимы масштабные реформы с ожидаемым улучшением в среднесрочной перспективе.

Самое главное в консолидации всех ресурсов — государственных и частных, национальных и международных — вокруг единой цели: вывести Украину из нынешнего паралича системы здравоохранения.

Приоритетными мы считаем четыре шага:

во-первых, предоставление бесплатной помощи (включая фармацевтические препараты) остро нуждающимся людям при лечении наиболее важных заболеваний;

во-вторых, переход от модели финансирования на сметной основе к модели финансирования, базирующейся на количестве пролеченных пациентов;

в-третьих, осуществление взвешенных шагов для уменьшения избыточных объектов и консолидации медицинских учреждений;

в-четвертых — внедрить прозрачность и подотчетность новых платежных механизмов или "закупки" услуг, а также новых подходов к управлению заведениями первичной медико-санитарной помощи и больницами.

По мере реализации этих инициатив необходимо подготовить и принять более широкие меры: участие частного сектора в здравоохранении; внедрение новой модели финансирования, включая государственные и частные программы страхования; разработку правового статуса центральных и региональных, правительственных и профессиональных органов и учреждений, включая больницы.

P.S. Отставка очередного главы Минздрава Украины Александра Квиташвили не стала неожиданностью. Украинская власть так и не поняла, что пропагандистскими ходами с назначением "иностранцев" нельзя подменить настоящие реформы. Вот как комментирует эту отставку журналист Виталий Портников: «У меня нет никаких личных претензий к Александру Квиташвили. Он может быть эффективным менеджером, хорошим специалистом в области здравоохранения – а может быть и одним из бесчисленных функционеров, научившихся в международных организациях имитации деятельности, причем в системе, принципиально отличающейся от украинской. К кому у меня есть претензии – так это к украинской элите, которая так и не поняла, что пропагандистскими ходами с назначением "иностранцев" нельзя подменить настоящие реформы. И к украинскому обществу, не научившемуся контролировать собственную власть и продолжающему надеяться на "варягов" вот уже второе тысячелетие».

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление	3
Глава 1. Что такое «хорошее» здравоохранение? .	17
Глава 2. Проблемы гериатрии: зарубежный опыт	54
Глава 3. Продолжительность жизни в странах Европы: связь с показателями системы здравоохранения	82
Глава 4. Врач в Украине	98
Глава 5. Что мы думаем об украинской медицине?.....	104
Послесловие	121

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева
НАМН Украины»

**Безруков В.В., Войтенко В.П., Ахаладзе Н.Г.,
Писарук А.В., Кошель Н.М.**

Реформирование медицины

Украина в мировом и европейском контексте

Научно-публицистическое издание

Компьютерный набор
Оригинал-макет
Верстка
Обложка

Л.В. Мехова
Н.М. Кошель
А.И. Заславский
Е.И. Заславская