

УДК 614.2

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.73-76

Наше здравоохранение: факты и размышления

Из дневника ректора ВГМИ/ВГМУ 1984–2007 гг.

Ю.В. Каминский

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

В статье дается критический анализ системы организации здравоохранения Российской Федерации. Объясняются понятия «ятрогения» и «медицинская ошибка» и необходимость рассматривать ятрогению как неизбежную составную часть лечебно-диагностического процесса. Автор, анализируя историю эвтаназии, поднимает вопрос относительно будущего намеренного ускорения наступления смерти в нашей стране и затрагивает проблемы трансплантологии.

Ключевые слова: организация здравоохранения, ятрогении, экспертиза.

Наряду с несомненными успехами последних лет в развитии отечественной медицины (внедрением передовых технологий в диагностике и лечении, оснащением больниц и поликлиник современным оборудованием и т.д.) остаются серьезные проблемы в организации здравоохранения (ОЗД), которые требуют неотложного решения, пока, как говорится, «больной скорее жив». В связи с этим, позвольте обратить ваше внимание на высказывание П.А. Воробьева – заместителя председателя формулярного комитета РАМН о том, что в мире существуют только две системы ОЗД: советская, разработанная Семашко, и немецкая (Бисмарка), все остальные – производные от этих систем. Англия, Скандинавия, Канада и Австрия развивают советскую систему. В США не очень удачно и очень затратно для бюджета (до 14 % ВВП) пытаются «капитализировать» здоровье человека [1].

Советская система (Семашко) – это не просто оказание медицинской помощи, а целый комплекс охраны здоровья, в котром решающее место принадлежит доступности первичной медицинской помощи и преемственности на всех этапах лечения. В Российской Федерации сегодня действуют три системы ОЗД – государственная, муниципальная и частная. Государственная медицина не может быть рентабельной по определению, в связи с чем идет ее постоянное сокращение. Экономисты свидетельствуют, что социальные налоги по закону не платятся с 80 % всех доходов. По их оценке только введение этих налогов может увеличить сумму, которую сегодня с боем выделяют на ОЗД, в 5 раз и более, даже сократив налог с работающих с 5 до 2 %. Собранные средства не должны идти ни в какие ФОМСы (посредники), которые разделяют их по частным страховым компаниям. Последние занимаются тем же самым, оставляя себе те же 10 %.

Таким образом до 20 % всех выделяемых государством денег уходит посредникам. По-видимому, настала необходимость определиться с дальнейшей перспективой российского здравоохранения. Сосуществование

государственной, муниципальной и частной медицины – беспроспективно. Дошло до абсурда – решается вопрос о передаче патолого-анатомических отделений в руки частников. О неблагоприятных последствиях таких решений свидетельствует большинство демографических показателей, постоянно публикуемых в отечественной прессе, и социальные исследования.

Все разнообразие неблагоприятных последствий медицинских воздействий, согласно стандарту Росздравнадзора (2006), определяется как ятрогении. Понятия «ятрогения» и «медицинская ошибка» не являются юридическими и однозначными. Юристы оперируют такими понятиями, как реализованный риск, вина по неосторожности, халатности, погрешности [3, 10]. Общепринятой классификации ятрогений пока не существует. Врач-патологоанатом устанавливает ятрогенную патологию, выявленную в процессе аутопсии, исключительно с медицинских позиций. Окончательное заключение об особенностях ятрогенной патологии и ее роли в танатогенезе выносит клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения. Ятрогенные патологические процессы, сыгравшие роль в танатогенезе, должны вноситься в рубрику «основное заболевание» («комбинированное основное заболевание») диагноза, а ятрогении без существенной роли в танатогенезе – в рубрики «осложнения» или «сопутствующие болезни». Ятрогению необходимо рассматривать, как неизбежную составную часть лечебно-диагностического процесса. Ее нельзя отождествлять с врачебной ошибкой. Прогресс медицины неизбежно и объективно ведет к росту числа, разнообразия и тяжести ятрогенных патологических процессов. Не может трактоваться как ятрогения факт расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов (хотя, далеко не все с этим согласны) [3].

Структура ятрогений в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Владивостоке, Хабаровске и Благовещенске в сравнительном аспекте приведена в табл. 1. Для иллюстрации также демонстрируется анализ недиагностированных заболеваний по одному из стационаров Владивостока за 20-летний период (табл. 2). Заболевания сердечно-сосудистой системы

Каминский Юрий Валентинович – д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой патологической анатомии, судебной медицины и права ТГМУ; e-mail: nymatveeva@mail.ru

своевременно не распознаются в 20 % случаев. Основным методом диагностики заболеваний сердца (в частности, инфаркта миокарда) по-прежнему является электрокардиография. При анализе летальных исходов инфаркта миокарда подтверждение диагноза обнаружено в 37,5 % случаев, в 21,3 % наблюдений зарегистрировано расхождение диагнозов: локализация инфаркта в клинике не определена (18,7 %), инфаркт не диагностирован (2,5 %). Гипердиагностика инфаркта миокарда выявлена в 20 % наблюдений [2, 8].

Таким образом, корректная диагностика инфаркта миокарда методом электрокардиографии осуществлялась лишь в трети (37,7 %) случаев. Столь низкий показатель эффективности изучения биоэлектрической активности сердца может быть связан со слабым уровнем подготовки врачей-кардиологов, неуклюжестью штатов в этой области медицины, несоблюдением методик регистрации электрокардиограммы, изношенностью оборудования и т.п. Сохранение высокого удельного веса ишемической болезни сердца в структуре заболеваемости и причин смерти предвещает высокие запросы к качеству ее диагностики, требует глубокого изучения врачебных ошибок, повлиявших на тактику и качество лечебно-диагностического процесса [7]. Для более успешной борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы большое значение имеет совершенствование скорой врачебной помощи на догоспитальном этапе.

Не все благополучно в нашем здравоохранении и с эффективностью использования и без того скудных бюджетных средств. По последним данным (medportal.ru, 2014) коллегия счетной палаты осталась недовольна расходом средств в 83 регионах страны, в том числе и в Приморском крае, а также в федеральном Фонде обязательного медицинского страхования. Выяснилось, что доступность и качество медицинской помощи с 2012 г. заметно снизилось. Сокращены 76 поликлиник и 302 больницы, убрано 14 000 коек (4,5 %), хотя число пациентов в стационарах значительно превышало нормы. Особое внимание обращено на сокращение медиков (врачей и медицинских сестер),

Таблица 1
Структура ятрогений в некоторых городах России

Город	Кол-во ятрогений по видам, %*				
	диагностические	лечебные	лекарственные	хирургические	физиотерапевтические
Москва	3,37	96,63	18,54	73,03	5,6
С.-Петербург	3,88	96,12	13,84	72,90	4,3
Екатеринбург	1,70	98,30	13,50	73,90	5,6
Владивосток	4,50	95,50	19,80	78,60	6,0
Хабаровск	4,00	96,00	18,90	76,70	5,8
Благовещенск	4,70	95,30	20,80	74,20	6,2

* Прочие ятрогении (неуказанные в таблице) в среднем составляют от 2,5 до 4 %.

которые работали в государственных учреждениях (5000 врачей и 3600 единиц среднего медицинского персонала). Это можно объяснить снижением их заработной платы в 2014 г. на 2–17 % на разных территориях (в том числе и в Приморском крае). Счетная палата также указала на рост объема платных услуг в больницах Российской Федерации (до 45 % против 25 % в США). По качеству медицинской помощи мы занимаем 51-е место в мире. Нагрузка на узких специалистов: в России – 80 %, в мире – 30 %. На одного врача в нашей стране приходится 2 медицинские сестры, в США – 4, во Франции – 3, в Германии – 5. О состоянии российского здравоохранения в какой-то мере можно судить и по основным демографическим показателям (табл. 3, 4).

В статье 64 ФЗ № 323 указано, что экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, ее своевременности, правильности выбора методов диагностики и лечения. Нижеприведенный сравнительный анализ смертельных ятрогений (основных причин смерти) выполнен с использованием данных по Москве, Санкт-Петербургу, Екатеринбург

Таблица 2
Недиагностированные заболевания, явившиеся основной причиной смерти, в Городской клинической больнице № 1 (г. Владивосток) за 1985–2015 гг.

Заболевания	Количество случаев по годам, %*					
	1985–1989	1990–1995	1996–2000	2001–2005	2006–2012	2013–2015
Новообразования	37,5±5,0	32,1±5,1	21,1±3,9	20,1±3,1	27,7±5,2	28,6±4,8
Болезни системы кровообращения	15,7±3,8	19,0±4,3	24,6±4,1	24,5±4,0	22,9±4,3	25,3±3,9
Болезни органов дыхания	5,4±2,4	7,5±2,9	9,6±2,8	7,9±2,5	8,5±2,7	9,6±2,1
Инфекционные заболевания	13,6±3,6	17,6±4,2	18,3±3,7	14,0±3,2	16,5±4,1	17,5±3,7
Заболевания почек	6,3±2,5	8,6±3,1	10,8±2,9	11,4±2,9	14,4±3,2	16,3±2,9
Заболевания желудочно-кишечного тракта	4,6±2,2	4,7±2,3	6,4±2,3	6,1±2,2	8,9±1,9	11,2±2,1
Заболевания печени	2,7±1,7	5,3±2,4	6,4±2,3	6,5±2,3	9,6±2,1	12,3±1,8
Прочие	14,1±3,6	5,2±2,4	2,8±1,6	9,5±2,7	15,1±4,3	17,4±3,6

* Приведены средняя арифметическая и ее средняя ошибка.

Таблица 3

Продолжительность жизни и детская смертность в России, Японии и Германии

Страна	Средняя продолжительность жизни, лет		Детская смертность, на 100 000
	мужчины	женщины	
Россия	75,3	76,2	13,2
Япония	75,0	79,0	4,3
Германия	74,0	78,0	3,2

Таблица 4

Сравнительная характеристика некоторых показателей ОЗД Белоруссии (Б), России (Р) и Германии (Г)*

Показатель	Б	Р	Г
Рождается детей, на 1000 населения	12,5	13,1	7,9
Младенческая смертность, на 1000	2,9	7,4	2,2
Врачей, на 10 000 населения	51,1	50,1	36,1
Уровень иммунизации детей, %	98	97	≈ 80

* Из «Газеты парламентского собрания союза Беларуси и России» (№ 46 от 30.10.2015 г.).

и Дальневосточному федеральному округу [9, 10]. Эти данные весьма условны, поскольку адекватные цифры здесь могут быть получены только после внедрения единого стандарта классификации ятрогений и объективного и правильного заполнения медицинских документов (историй болезни, протоколов вскрытия и врачебных свидетельств о смерти) [4, 5]. На Всероссийском национальном съезде врачей представителем Министерства здравоохранения были оглашены следующие данные: ежегодно в России регистрируется до 4000 врачебных исков, 38 % пациентов не доверяют врачам, 18 % доверяют, а 48 % – не уверены. Врачебные дела чаще проходят по профилям стоматологии и акушера-гинекологии; немногим меньше – по педиатрии и терапии. На этом же съезде министр В.И. Скворцова объявила о бонусе государства за сохранение здоровья (год без больничного листа) в виде 13-й и 14-й зарплат. Это замечательное решение министерства (нечто подобное уже было 35 лет назад) не реализовано.

Ежегодно от врачебных ошибок в США гибнет до 100 000 пациентов, в Англии – до 75 000, в Германии – до 70 000. По Российской Федерации официальных данных нет (неофициально – свыше 300 000). Встает и вопрос о необходимости страхования от врачебных ошибок и ятрогений (не более 100 000 рублей компенсации родственникам от медучреждения на каждую ошибку без суда) по решению клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения.

В России до сих пор нет структуры для регистрации ятрогений, их анализа, статистической обработки, организационных выводов (одна «национальная палата» во главе с Л.М. Рошалем, образованная в 2010 г., не справляется). Для сравнения: в США более 25 лет функционирует Национальное агентство по безопасности больных, в странах Европы организуются ассоциации (по специальностям) врачей по профилактике

ятрогений, при ВОЗ более 30 лет действует Всемирный альянс по защите пациентов. Росздравнадзор в силу занятости не занимается эрологией – наукой о ятрогениях и врачебных ошибках, а регионы и главные врачи лечебно-профилактических учреждений не хотят «выносить сор из избы».

По-видимому, настала пора задуматься нам и о законодательном закреплении эвтанази. Сегодня эвтаназия запрещена в России 45-й статьей конституции, а в Цюрихе с 2000 г. функционирует «клиника смерти», и вся Европа пользуется ее услугами (весьма дорогими). Эвтаназия легализована практически во всех странах Европы, но не в России. В Нидерландах с 2010 г. работают бригады врачей, которые помогают безнадежным больным уйти из жизни «на дому». Академик В.И. Шумаков неоднократно отмечал, что трансплантология никогда не разовьется в полную силу без эвтаназии (отсутствие «банка органов» и как следствие – очереди на пересадку 1–2 года). Право выбора принадлежит пациенту (ближайшим родственникам) и врачебной комиссии, в составе которой обязательно присутствие патологоанатома, судмедэксперта, социального работника и юриста.

Сегодня вызывает сомнение уместность тотального поголовного медицинского осмотра (диспансеризация) населения в масштабах всей страны сразу без дальнейшего его анализа и глубокого медицинского обследования (неоднократного) нововыявленных пациентов с последующим целенаправленным лечением в специализированных клиниках. Того же требует и реализация «национальной программы здоровья» – учет и контроль за состоянием здоровья населения России и его влиянием на демографию.

Расширение государственной и, особенно, частной сферы медицинских услуг в Российской Федерации и рост юридической грамотности населения повлекли за собой резкое увеличение количества жалоб в различные инстанции с претензиями к качеству оказания медицинской помощи (косметология, стоматология, гинекология и т.д.). Неуместны предложения некоторых специалистов об отмене категорий расхождения диагнозов (в России три категории, в Европе – пять) [6]. Современный врач должен учитывать особенности пациента: полиморбидность, аллергию, полипрагмазию, ожирение, алкоголизм (наркотики) и прочие особенности человека, а также коморбидный статус (старость, иммунодефициты, метеотропность и т.д.).

Экспертная деятельность судебно-медицинских врачей является должностной обязанностью и закреплена законодательно, в отличие от патологоанатомов. Однако роль и место патологоанатомической службы в осуществлении клинико-экспертной деятельности в приказе № 502н от 05.05.2012 г. МЗ РФ «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» даже не упоминаются, экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится экспертами,

включенными в территориальный реестр, где врачи-патологоанатомы также отсутствуют. Патологоанатомы привлекаются для производства комплексных судебно-медицинских экспертиз, но очень редко, а оплата их труда возможна лишь за счет средств лица или организации, назначивших экспертизу [13].

В Приморском крае отмечается устойчивая тенденция к росту числа экспертиз по так называемым врачебным делам. За последние десять лет прирост числа данного вида экспертиз составил 52 %. Объемный анализ «врачебных дел» без грамотного патологоанатома невозможен [11]. Суды используют практику проведения медицинской экспертизы либо в органах управления здравоохранением, либо в учреждениях судебно-медицинской экспертизы. Реальная ситуация с защитой прав пациентов и врачей в суде выявила отсутствие такой законодательной нормы, как «независимая медицинская экспертиза», положение о которой не разработано; тем самым ущемляются права граждан России на проведение независимой медицинской (судебно-медицинской и патолого-анатомической) экспертизы. Взаимодействие служб (юридической, судебно-медицинской и патолого-анатомической) должно послужить делу совершенствования медицинской помощи и росту авторитета всех служб в целом. Это, несомненно, будет способствовать повышению качества медицинской помощи и доверия к медицине [14]. Пока же на абсолютное доверие к медицине указали 30 % медработников, 27 % студентов-медиков, 28 % москвичей и 10 % жителей городов-миллиоников (данные 2012 г.).

Несправедливо и неправильно во всех неполадках медицины обвинять только медиков (ученых, практиков и организаторов здравоохранения). Мы знаем свои упущения, но в большинстве они неразрывно связаны с экономикой страны и бесконечными «революционными» перестройками в медицинском образовании, науке и практике, причем в масштабах всей страны сразу. За последние 15 лет у нас в стране сменились 10 министров здравоохранения. Комментарии, как говорится, излишни.

Медицинская помощь у нас не становится качественнее и доступнее. Причины этих негативных явлений отмечались не однажды:

- ♦ патологическая коммерциализация («чтобы бедные не болели, а богатые не выздоавливали»);
- ♦ инфантильное страхование (много посредников: фонды, региональные власти);
- ♦ лечебно-диагностическая агрессия (технизация, «погоня за прибылью»);
- ♦ гипоскилия, болезнь Фреда (дефицит практических навыков у врачей);
- ♦ бесконечные «революционные перестройки» в медобразовании и здравоохранении;
- ♦ выезд на лечение за границу наших властимущих и членов их семей, вместо вложения средств в отечественную медицину;
- ♦ деградация клиничко-морфологического мышления.

Происходит трансформация клинической медицины в «бумажную». Докторам приходится часами заниматься «писаниной» в ущерб пациентам. Общедоступная медицина подменяется прибыльной. Хотя она не может и не должна быть прибыльной. Здравоохранение – служба такая же, как военная. Никто же не требует рентабельности от армии. А медицину превратили в сферу услуг – это серьезная ошибка властей. Медицинское право, деонтология и биоэтика – важнейшая триада нормативных систем регулирования отношений в сфере ОЗД в XXI веке должна стать определяющей и в российском здравоохранении [12].

Литература

1. Воробьев П. Выжить все сложнее. Доступность медпомощи в РФ сокращается с каждым годом // АИФ. 2015. № 34.
2. Гельцер Б.И., Кривелевич Е.Б., Ушаков В.Г. Состояние здоровья населения Приморского края (2002 год). Владивосток, 2003. 235 с.
3. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник. М.: Медицина, 2008. 424 с.
4. Каминский Ю.В. Патологоанатомическая служба в Азиатско-тихоокеанском регионе. Владивосток: Медицина ДВ, 2004. 160 с.
5. Каминский Ю.В. Клиническая морфология инфекционных заболеваний в Приморье. Владивосток: Медицина ДВ, 2011. 215 с.
6. Казанцева И.Р. О целесообразности выделения категорий расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов // Архив патологии. 2007. Т. 69, № 6. С. 56–57.
7. Медицинское свидетельство о смерти / под ред. Ю.В. Каминского. Владивосток: Медицина ДВ, 2015. 215 с.
8. Напалков Д.А., Жиленко А.В. Инфаркт миокарда: клиника, диагностика, лечение // iDOCTOR. 2014. № 7. С. 13–17.
9. Непрокина И.В., Каминский Ю.В., Полушин О.Г. Оценка качества клинической диагностики по результатам патологоанатомических исследований // Тихоокеанский медицинский журнал. 2000. № 4. С. 76–79.
10. Пальцев М.А., Кактурский Л.В., Зайратьянц О.В. Патологическая анатомия: национальное руководство // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 1260 с.
11. Пальцев М.А., Аничков Н.М. Патологическая анатомия. М.: Медицина, 2005. 503 с.
12. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 777 с.
13. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза: национальное руководство / под ред. Ю.И. Пиголкина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 740 с.
14. Тимофеев И.В. Роль патологоанатомической службы в обеспечении и улучшении качества медицинской помощи // Архив патологии. 2015. № 2. С. 61–66.

Поступила в редакцию 23.12.2015.

OUR HEALTHCARE SYSTEM: FACTS AND THOUGHTS

From VSMI/ VSMU Rector's Diary 1986–2007.

Yu.V. Kaminskiy

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary. The article gives a critical analysis of healthcare system of the Russian Federation. It explains such concepts as 'iatrogenesis' and 'medical error', and the need to consider the iatrogenesis as a necessary part of treatment and diagnostic process. The author analyzing the euthanasia history brings up a question related to further intentional boost of death coming in our country and touches upon a problem of a transplantology.

Keywords: *healthcare system, iatrogenesis, expertise.*