

Ольга Демичева. Реформа российского здравоохранения: точка зрения практического врача

Выступление на Круглом столе «Реформа здравоохранения и здоровье людей». Горбачев-Фонд, 27 февраля 2014 г.

Я работаю врачом около 30 лет — работаю, практически, все это время в городской клинической больнице №11. И мне хотелось бы сравнить две реформы в здравоохранении.

Реформа, которая осуществлялась в далекие уже 80-90-е, — проходила в трудное для страны время.

В 80-е годы после окончания института я пришла работать в 11 клиническую больницу. Это была маленькая терапевтическая больница в центре Москвы у Сущевского вала – больница, куда, фактически, тяжёлых больных привозили умирать, потому что советская терапия, не интегрированная в мировую медицину, — в те годы тихо угасала.

Мои воспоминания о реформе здравоохранения в те годы связаны с именем Леонида Израилевича Бененсона, который в 1982 году пришел в московскую больницу № 11 как новый главный врач. Бененсона смело можно назвать революционером и агрессивным реформатором здравоохранения, потому что то, что он сделал из маленькой больницы в годы застоя и в перестройку, – на фоне московского здравоохранения (всесоюзного, а потом российского здравоохранения) было непредставимым. Это было поводом для колоссальных нареканий, вплоть до того, что в 1988 году Бененсона собирались исключить из партии и даже сняли с работы. Но коллектив больницы устроил тогда забастовку (это тоже беспрецедентно, но в тогдашних газетах, конечно, об этом не писали) — и главного врача вернули. В московской больнице № 11 был единственный в Советском Союзе главный врач, избранный коллективом.

То, что сделал этот человек за десять лет из тех двадцати пяти, в течение которых он руководил больницей, – модель реформы здравоохранения, как она могла бы развиваться в стране.

В начале 90-х годов Бененсон создает первую в Советском Союзе больничную компьютерную сеть. Как только появляется сеть Интернет, мы все, врачи и медсестры 11-ой больницы, обучаемся на рабочих местах работе не только работе с персональными компьютерами, но и с Интернетом – каждому врачу был предоставлен доступ в сеть для самообразования. К нам приводят преподавателей английского языка, нам объясняют, что такое доказательная медицина, мы начинаем читать и самообразовываться на рабочих местах. Нам оплачиваются участие в международных медицинских конференциях.

За счет статей бюджета больницы, которые шли как премиальные, у нас создается наукоемкий терапевтический центр, оснащенный современным диагностическим оборудованием, который привлекает ученых ведущих кафедр — научных, и

учебных — из различных московских вузов и медицинских научных институтов (в конце 80-х годов у нас уже было 9 кафедр). В это же самое время Леонид Израилевич поднимает вопрос о создании первой в Москве точки, на базе которой будет развиваться российская паллиативная помощь онкологическим больным.

В 11-й клинической больнице было создано первое российское отделение паллиативной помощи с адекватным обезболиванием, врачи были отправлены на обучение в Великобританию, Швецию, практиковались и стажировались в хосписах. (Хосписы в России стали появляться уже после нашего отделения паллиативной помощи, оно было базовым обучающим центром для всех хосписов России и остается таковым и до сегодня).

Опираясь на принятое в мировой практике расширенное понятие — паллиативная помощь — главный врач начинает ориентировать больницу на реабилитационные технологии для тяжёлых хронических больных. Он привлекает в больницу и организует на ее базе Московский городской центр рассеянного склероза, организует восстановительные кардиологические, пульмонологические технологии. У нас создаётся Центр лечения хронических обструктивных заболеваний лёгких, где проводится стационарное и амбулаторное лечение больных с дыхательной и сердечно-лёгочной недостаточностью.

Бененсон был одним из первых главных врачей, разрешивших проводить на базе нашей больницы международные клинические исследования лекарственных препаратов по принципам GCP. Большинство врачей нашей больницы и все сотрудники кафедр, базирующихся в ней, имеют большой многолетний опыт участия в серьёзных клинических исследованиях, наряду с врачами стран Европы, Америки, Азии.

Я помню фразу Леонида Израилевича: «Главный врач нужен только для того, чтобы выходить за рамки существующих инструкций». В этом состоит задача того, кто идет впереди, задача руководителя. Там, где дело «крутится само по себе», оно не будет развиваться. В такой ситуации руководитель не нужен.

Наконец, в те же времена, на достаточно скудные бюджетные деньги, и на доходы от международных клинических исследований, мы развивали высокие технологии. Закупалось оборудование, которое было только в ведущих клиниках Москвы. (Кстати, один из первых аппаратов ультразвуковой диагностики и один из первых электронейромиографов в Москве в конце 80-х - начале 90-х годов тоже появились именно у нас).

Мы до сих пор живем на ресурсе, который нам дали тогда - в период нашего реального развития на фоне проводимых в стране реформ. Мы обгоняли тогда в среднем здравоохранение России, наверное, на десятилетия, приближаясь к приличным европейским странам, в которые мы, врачи 11 больницы, имели возможность периодически выезжать, чтобы знакомиться с работой зарубежной медицины. Мы были и в Финляндии, и в Израиле. Мы много, что видели уже и в те годы. При этом наша больница всегда строилась на принципах демократии, у нас был Совет трудового коллектива, без которого главный врач не мог принять ни

одного жесткого организационного решения. И все приказы проходили через Совет трудового коллектива больницы. Это тоже было беспрецедентно в те времена.

И вот я смотрю на то, что происходит сейчас... Мы очень обрадовались, кстати говоря, услышав слово «реформа». Мы ожидали, что нынешняя реформа здравоохранения - это нечто наукоемкое. Мы надеялись, что будет развиваться образование врачей, потому что абсолютно необходимо дать российскому врачу знания о современных стратегиях лечения. Что такое гайдлайн (клинические рекомендации, разработанные международными профессиональными сообществами) — большинство российских врачей не представляет. Как не знает большинство врачей, что такое Кокрановская библиотека (электронная база данных по доказательной медицине) и не умеет найти в Интернете информацию о современных стратегиях ведения пациента. Большинство врачей Интернета в глаза не видело. Огромное количество клиник до сих пор не имеют собственных компьютерных сетей. Это звучит дико, но это действительно так!

Вместо того, что мы ожидали (только реформами, а чем же еще можно развивать здравоохранение!), начинается серия «выстрелов в молоко» - я не могу это охарактеризовать иначе. Бессмысленная игра в страховую медицину под видом ОМС (обязательное медицинское страхование), когда происходит перераспределение бюджетных денег через якобы страховые услуги компаний. Это, по сути, страховкой не является, никаких нормальных гарантий пациенту не предоставляет, а качество медицинской помощи от этого не улучшается. Деньги оседают в фондах страхования, цены на медицинские услуги назначаются произвольно. Это цены не согласованы с медицинскими учреждениями, не соответствуют стоимости реальных затрат.

То, что происходит, противоречит здравому смыслу: устанавливаются крайне низкие расценки на медицинскую помощь, и после того, как эти расценки зафиксированы, объявляется, что отныне мы обязаны обеспечивать себя сами в рамках одноканального финансирования, ибо бюджетных денег на здравоохранение больше нет.

«Зарабатывайте на себя по ОМС при этих расценках, а если не можете, то вводите платные услуги, расширяйте их». Конечно, не можем, потому что это слишком мало для того, чтобы обеспечить существование клиники только за счет того, что мы получаем по ОМС: мы едва будем сводить концы с концами, закупая лекарства и выплачивая зарплату. А оборудование? А свет? А газ? А белье для больных, которые находятся в стационаре?...

В итоге нас фактически выдавливают в область платных медицинских услуг, не спрашивая, как согласовать реальные расценки на наш труд с тем, чтобы не нарушалась 41-ая статья Конституции (записанное в Конституции РФ право граждан на бесплатную медицинскую помощь).

Нельзя не сказать и о том, что концессионирование части зданий, принадлежащих бюджетному здравоохранению, ведет к разрушению структур уже сложившихся,

самодостаточных, несмотря ни на что, окупающих себя сегодня больниц Москвы. Новые структуры объединённых медицинских учреждений — конгломераты, которые образуются, непонятно, с какой целью, — не несут в себе никакого потенциала развития — ни наукоемкого, ни обеспечивающего рациональное взаимодействие между сотрудниками, между отделениями разных больниц, образующих эту громоздкую новую структуру. Казалось бы, одна больница, слившаяся с другими, должна получить более простой способ перевода пациентов из одного отделения в другое, — более профильное. Но это происходило и раньше — внутри московского здравоохранения никогда не было с этим проблем...

Получается, что единственной ожидаемой целью слияния — объединения является передача части больничных зданий городу. Это, кстати, полностью подтвердило выступление главного врача нашего теперь единого объединения, который на общей конференции сообщил буквально следующее. Департамент здравоохранения уполномочил его проинформировать объединенный коллектив клиники, что при работе в рамках одноканального финансирования нам надлежит максимально развивать платные услуги, услуги по ДМС (добровольное медицинское страхование). В случае, если мы не сможем окупать себя как учреждение здравоохранения, одно из зданий будет освобождено от сотрудников и передано городу, за что объединенная больница получит большое денежное вознаграждение и будет иметь возможность самостоятельно развиваться «без балласта». Вот такие вот у нас новости...

Мы должны очень хорошо отдавать себе отчет в том, что есть отрасли народного хозяйства, априори убыточные. К таким областям, которые не приносят сиюминутные доходы, дивиденды, относятся здравоохранение и образование. Это вложения долгосрочные. Это вложения в десятилетия. Может быть, в века. Поэтому, то, что здравоохранение (которое финансировалось и финансируется всегда по остаточному принципу) сегодня и сейчас «должно окупать себя», а иначе оно развивается «неправильно», — сам это посыл категорически не верен. Он обрекает российское здравоохранение на стремительную деградацию.

Ольга Демичева - врач-эндокринолог Московской городской клинической больницы № 11.