здравоохранение комментарии

«Профилактические меры обеспечивают более 50% успеха»

здоровье

Инфаркт в России молодеет, мужчины и женщины в нашей стране раньше начали полнеть, а женщины к тому же стали больше курить. Как снизить смертность — рассказал директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздравсоцразвития России профессор **Сергей Бойцов.**



Профессор Сергей Бойцов знает, как снизить смертность в стране ФОТО АЛЕКСАНДРА ЩЕРБАКА

— Каковы реальные возможности влияния профилактики болезней на уровень заболеваемости?

— Четверка неинфекционных заболеваний — сердечно-сосудистые болезни (они занимают лидирующую позицию), сахарный диабет, ожирение, болезни органов дыхания — обуславливает 85% смертей в нашей стране. Поэтому особые усилия должны быть направлены на предупреждение смертей именно от этих болезней. Но надо учитывать, что большинство смертей от сердечнососудистых заболеваний происходит, как ни странно, среди людей не с высоким, а с так называемым промежуточным риском. Риск является комплексной характеристикой, и вероятность развития, например, инфаркта миокарда, инсульта и сердечной смерти определяется комбинацией факторов, основными из которых являются артериальная гипертония, курение, повышенный уровень холестерина в крови и ожирение.

Наша страна сейчас находится в далеко не лучшей демографической ситуации, решение которой возможно при одновременном выполнении двух условий — повышение рождаемости и снижение смертности.

Поэтому если мы не будем заниматься профилактикой — а здесь, понятно, должны сработать именно профилактические меры, мы вряд ли добьемся снижения смертности от неинфекционных заболеваний. Кстати, опыт целого ряда стран показал, что именно профилактические меры, принимаемые в масштабах всего населения, обеспечивают более 50% успеха.

— Как же воздействовать на эту часть населения?

— В первую очередь популяционными мерами. Если с категорией лиц высокого или очень высокого риска, имеющих доказанные болезни, мы работаем на индивидуальном уровне (имеется в виду лечение) или индивидуально- групповом (через различные школы, например артериальной гипертонии, больных ишемической болезнью сердца, больных сахарным диабетом), то с людьми с низким и промежуточным риском мы можем работать главным образом на популяционном уровне.

И начинаться все должно с создания полноценной базы нормативных документов. Все эти позиции закреплены в ряде документов ВОЗ и в московской декларации Первой всемирной глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, которая состоялась в конце апреля в Москве (при участии министров здравоохранения более 100 стран).

— Вы говорили, что уже есть успешный опыт реализации таких популяционных мер в других странах?

— Первым таким примером был опыт Финляндии еще в начале 70-х годов прошлого века. Уровень смертности там был одним из самых высоких в мире. В стране проанализировали структуру факторов риска развития неинфекционных заболеваний, а потом поставили перед собой три глобальные задачи. Первая — определить, возможно ли, воздействуя на фактор риска, снизить смертность. Вторая — отработать технологию воздействия на эти факторы риска. И третья, главная — добиться результата, то есть снизить смертность. В течение 20 лет в Финляндии смертность снизилась в несколько раз, как и уровень сердечнососудистых заболеваний в целом. Позже еще ряд стран показал, что поставленных результатов можно добиться. Повторюсь, что больше 50% этого успеха было обеспечено мерами не лечебно-диагностическими, а популяционно-профилактическими. Для их реализации в странах была выстроена адекватная законодательная база. Сейчас в нашей стране такая база создается.

— Вы имеете в виду рассматриваемый в Госдуме законопроект об основах охраны здоровья граждан?

— Непосредственно теме профилактики в этом документе посвящены две статьи — 9 и 26. Они не только определяют профилактику как приоритетное направление, что, кстати, было обозначено и прежде, но и расписывают, что такое приоритетность, чего не было в предыдущем законе. В законопроекте пока еще нет (но, надеюсь, появится) расшифровки, что профилактические мероприятия должны реализовываться не только комплексными мерами, но и популяционными на групповом, индивидуальном уровне путем межсекторальных решений, взаимодействия между государственными, политическими, ведомственными структурами и общественными организациями… Это очень важно, потому что Минздравсоцразвития в одиночку с этими задачами никогда не справится.

— Какие программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний действуют сейчас?

— Артериальная гипертония среди всех неинфекционных заболеваний является фактором риска смерти номер один в нашей стране. Проблема усугубляется тем, что гипертоники чувствуют себя, как правило, неплохо. При этом давление — на первый взгляд не очень высокое: 160 или даже 150 мм рт. ст.— может оказаться достаточным для развития инфаркта или инсульта, если его не лечить. В течение нескольких лет действует федеральная целевая программа по борьбе с социально значимыми заболеваниями, из кардиологических там представлена только программа по артериальной гипертонии. Эта программа, несмотря на не очень интенсивное ее финансирования, сработала, по-моему, все-таки неплохо. Но она, безусловно, требует расширения и углубления. Кроме того, по-моему, должна быть программа по борьбе не только с артериальной гипертонией, но и с сердечнососудистыми заболеваниями в целом.

— На базе центра, который вы возглавляете, был создан координационно-методический центр, анализирующий работу всех центров здоровья и вырабатывающий рекомендации по улучшению их работы. Первые два года работы центров здоровья показали, что население пока не очень охотно туда идет: в 2010 году зафиксировано 4,7 тыс. посещений на один центр, притом что они рассчитаны на 6 тыс. посещений. В чем причина?

— Потенциал у центров здоровья существенный, но они пока только накапливают опыт. Это уникальная мировая технология. Задача центра здоровья — формирование общности носителей новой культуры здорового образа жизни. Если человек пришел в этот центр, он должен стать источником распространения информации. Для человека аргумент соседа или друга бывает важнее, чем совет врача, который зачастую находится за некой психологической преградой.

— Человек приходит в Центр здоровья, ответы на какие вопросы он может там получить?

— Центр должен давать ответы на два вопроса: есть ли у человека факторы риска, а если есть, то что с ними делать. И, конечно, помочь ему их скорректировать.

Есть одна очень важная структура — кабинеты или отделения медицинской профилактики в поликлинике, которые пока работают не достаточно эффективно. Они должны каждому человеку старше 30 лет, обратившемуся в данном году впервые к врачу, причем по любому поводу, определять величину суммарного сердечно-сосудистого риска, который, как уже говорилось, есть результат комбинации таких факторов, как пол, возраст, уровень артериального давления, факт курения или некурения, уровень холестерина. Все это позволяет с весьма высокой точностью рассчитать суммарный риск смерти, инсульта и инфаркта на ближайшие десять лет.

Очень важной задачей профилактической медицины является поиск методов ранней диагностики атеросклеротического поражения сосудов — формирования бляшек, то есть выявление лиц с высоким риском инфарктов, инсультов и сердечной смерти. Одним из самых простых в реализации и эффективных является ультразвуковое дуплексное сканирование сонных артерий, которое должно быть доступным для населения в каждой поликлинике.

— Почему кабинеты медпрофилактики работают недостаточно эффективно, а зачастую и формально?

— Пока они не вооружены методами реальной помощи пациентам. Врач или медсестра должны руководствоваться двумя документами. Первый документ — это рекомендации профессионального сообщества, а второй — стандарт оказания этого вида услуги, на основании которого система обязательного медицинского страхования позволит получить заработанные деньги. И весь этот процесс медицинской части профилактической работы закреплен в еще одном документе, который должен быть,— порядке оказания первичной медико-санитарной помощи населению, внутрь которого погружена вся суть профилактики, выполняемой медицинским сообществом.

— Как изменился портрет посещающего ваш центр пациента, находящегося в зоне формирования факторов риска?

— Мужчины стали раньше полнеть, у них стала раньше развиваться артериальная гипертония. Вследствие этого мы говорим об отчетливом помолодении осложнений таких состояний, как атеросклероз, гипертония, а именно о раннем развитии инсульта и инфаркта. Молодые инфаркты — это очень большая проблема для малых городов и сельской местности. Смертность в сельской местности от инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте в восемь раз выше среди мужчин, чем среди женщин.

Женщины тоже стали раньше полнеть, стали гораздо больше курить, у них раньше стала развиваться гипертония.

Беда нашей страны в том, что сердечнососудистые осложнения развиваются в очень раннем возрасте, в первую очередь это касается мужчин. Именно это определяет очень малую продолжительность их жизни. Настоящий враг — фастфуд, культура которого насаждается в головы школьников, а также сидячий образ жизни, ограничение реальных контактов, которые подменили «Фейсбук», «Твиттер».

— В августе 2009 года был утвержден порядок оказания плановой помощи населению при болезни системы кровообращения кардиологического профиля.

— Нет механизма его реализации — финансов и организации. Сейчас главная проблема организации кардиологической помощи не на уровне субъектов федерации — многие из региональных больниц дадут 100 очков столичным структурам, а на уровне муниципальных образований. Там ситуация часто близка к катастрофе. А поскольку муниципальное здравоохранение было отдано в руки муниципальных органов власти, не имеющих внятных источников финансирования и не подвластных, как правило, органам управления здравоохранения субъектов РФ, тем более Минздравсоцразвития, то мы получили упадок ранее созданной системы. Возможность соподчинения сейчас будет восстановлена посредством нового закона «Об основах охраны здоровья граждан». А программа модернизации даст деньги для того, чтобы его реализовать.

— Объем дорогостоящих видов диагностики и лечения в России в восемь раз ниже, чем, например, в Германии. Это значит, что эти услуги не востребованы или их объем слишком мал?

— По объему оказания таких видов медпомощи пока мы здорово отстаем. Сейчас 38 регионов вовлечены в так называемую сосудистую программу, направленную на лечение инсультов и инфарктов. И хотя они получили новые ангиографические установки, которые являются одним из ключевых инструментов лечения ишемической болезни сердца (стентирование), регионы не справляются с обеспечением дорогостоящими расходными материалами для этих установок — стентами, катетерами, проводниками и т. д. Иногда регионам действительно реально не хватает средств, но в некоторых субъектах РФ это, мне кажется, результат неправильного планирования бюджета.

— Как вы прокомментируете поставленную задачу к 2020 году снизить смертность от сердечнососудистых заболеваний в полтора раза?

— Задача может быть решена сочетанием именно популяционных мер, профилактических и дальнейшим развитием новых медицинских технологий.

Беседовала Дарья Николаева

ЭЛЕКТРОННАЯ РЕГИСТРАТУРА

В московских поликлиниках готовятся ввести технологию удаленной записи к врачу. Теперь записаться на прием к доктору можно будет не только через интернет, но и через систему платежных терминалов. Однако по стране в целом ситуация выглядит менее оптимистично.



Даже в Москве лишь 7% записей к врачу осуществляется электронным способом посредством инфоматов ФОТО PHOTOXPRESS

Питерский опыт

По словам первого зампреда комитета по социальной политике и здравоохранению СФ Ларисы Пономаревой, в 2011–2012 годах на информатизацию здравоохранения в России планируется потратить почти 29 млрд рублей. Это означает, что в каждой больнице и поликлинике должны в итоге появиться электронная запись к врачу, электронная регистратура, электронные медкарты, телемедицина и электронный учет предоставленных населению услуг, включая выписанные рецепты на лекарства.

По данным сенатора Людмилы Нарусовой, лишь треть лечебных учреждений страны имеют доступ в интернет. При этом одно информатизированное рабочее место делят в среднем пятеро медицинских сотрудников. Мало того, более половины имеющихся в больницах и поликлиниках компьютеров используются в административно-хозяйственных, а отнюдь не лечебных целях. А средствами телемедицины оснащено лишь 3% медучреждений страны. По словам Людмилы Нарусовой, расширение использования информационных технологий в сфере здравоохранения позволит повысить качество диагностики и реабилитации и, как следствие, обеспечит снижение смертности, инвалидности, увеличение доли активного трудоспособного населения и продолжительности жизни. Благодаря информатизации можно будет сократить время постановки диагноза на 25%, время поиска информации — в четыре раза, увеличить поток больных — на 10–20%, значительно снизить процент врачебных ошибок.

«Прежде чем внедрять такие программы в жизнь, было бы неплохо пообщаться с врачами-практиками. А заодно и прописать отдельной строкой проблему компьютерной подготовки врачей и медицинских сестер»,— заявил в Мосгордуме известный врач, глава НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль.

Действительно, даже при условии стабильного финансирования катастрофически не хватает обученных пользоваться компьютером медкадров. На заседании комиссии СФ замминистра связи и массовых коммуникаций Илья Массух продемонстрировал фотографию объявления, увиденного в одной поликлинике: пациентов предупреждают, что в связи с информатизацией учреждения запись стала существенно медленнее и «это не вина регистратуры». Причина, конечно, в том, что сотрудники не смогли разобраться с новой системой.

Некоторое время назад губернатор Санкт-Петербурга Валентина Матвиенко решила узнать, как в Питере работает электронная очередь, и попробовала записаться в одну из поликлиник к офтальмологу. «Конечно, она не представлялась. Это заняло у нее больше 20 минут, при этом сказали, что все равно нужно прийти с паспортом и записаться еще раз, а к врачу она сможет попасть только через месяц. И это в Петербурге! А что же творится в глубинке»,— возмущается сенатор Нарусова.

Замдиректора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Георгий Лебедев приводит московский пример: в одной из детских поликлиник столицы он увидел инфомат (информационный терминал), который не работал. Охранники сообщили, что он им ни к чему. Между тем именно через такие инфоматы в скором времени пациентам придется не только находить всю информацию о клиниках и записываться к врачу, но и получать результаты собственных анализов с возможностью их последующей распечатки.

К тому же нет гарантии защищенности персональных данных пациентов. Некоторые эксперты убеждены в том, что врачей надо отстранить от обработки данных пациентов во избежание утечки информации. Иначе вместе с базами данных ГИБДД и налоговой службы начнут продавать и списки больных. Илья Массух считает, что обработкой персональных данных должны заниматься специально созданные центры, которые будут нести за это ответственность.

Порой купленные за бешеные деньги диагностические системы простаивают без дела. Очевидно неэффективное использование новейшего оборудования в поликлиниках.

Ну и еще одна немаловажная проблема. До сих пор российские пациенты не получают медицинские карты на руки. И если им требуется консультация стороннего специалиста, приходится сдавать анализы заново. «Я столкнулась с такой практикой даже в ЦКБ, — сетует Людмила Нарусова.— О какой телемедицине, выборе лечебного учреждения и прочих нововведениях может идти речь в таких условиях? Поможет ли тут даже самая современная информатизация?»

«Трудно себе представить, но у нас запись пациентов до сих пор осуществляется по регламенту 1960-х годов, когда никаких компьютеров и в помине не было. Если автоматизировать хаос, то мы получим автоматизированный хаос»,— говорит руководитель департамента информационных технологий города Москвы Артем Ермолаев.

Московская инициатива

В Москве подготовлена собственная программа модернизации здравоохранения. В апреле между Минздравсоцразвития, Фондом обязательного медицинского страхования и правительством Москвы подписано соглашение, определившее доли всех его субъектов в программе модернизации столичного здравоохранения. В общей сложности из столичной казны и средств ОМС на нее будет выделен 51 млрд рублей, из которых 2,8 млрд предполагается потратить на информатизацию медучреждений. Для начала предстоит оснастить компьютерами кабинеты всех без исключения врачей города. «Его наличие не должно быть привилегией, как это случалось раньше,— говорит господин Ермолаев.— В Москве около 22 тыс. врачей, стало быть, в их пользовании должно быть не менее 22 тыс. компьютеров». Кроме того, на первых порах необходимо создать базовую инфраструктуру для информатизации московских медучреждений, что предполагает подведение каналов связи к каждой больнице и поликлинике и увеличение скорости доступа до 10 Мбит/с.

Без этого обещание властей создать условия для записи на прием к любому врачу по интернету или через терминал (в том числе при помощи универсальной электронной карты, которую в будущем выдадут всем горожанам) останется пустым звуком. Причем дистанционная регистрация на прием у врачу должна быть доступна не только для москвичей, но и для приезжающих в столицу на лечение.

Как отмечает заместитель мэра Москвы по вопросам образования и здравоохранения Ольга Голодец, пока сегодня лишь 18% городских амбулаторий оборудованы информационными терминалами для самозаписи к специалистам. Пока в Москве лишь 7% записей к врачу осуществляется через терминалы. Полностью перейти на электронную запись предполагается к 2016 году.

Помимо инфоматов, которыми оснащено пока немного поликлиник, и сайтов поликлиник и больниц, которых пока тоже почти нет, москвичи получат еще ряд возможностей для электронной записи к врачу. Например, через городской портал государственных услуг или по единому телефону колл-центра. Уже сейчас департамент информационных технологий ведет переговоры с банками и владельцами терминалов экспресс-оплаты (типа QIWI) о возможности подключения услуги «Запись к врачу» в банкоматах и платежных терминалах, пользование которыми москвичи уже освоили.

Предполагается, что внедрение автоматизированной системы управления потоком пациентов сократит время ожидания медицинской помощи, снизит заболеваемость вирусными инфекциями из-за стояния в очередях, позволит столичной медицине более эффективно использовать имеющиеся ресурсы, в том числе планировать загрузку сложной медицинской техники. Более того, впервые даст возможность оценить реальный объем предоставляемых москвичам услуг, которые оплачиваются из Фонда обязательного медицинского страхования.

Представитель столичного департамента здравоохранения Герман Иноземцев выделяет несколько основных направлений модернизации городского здравоохранения. Это и запуск единой электронной регистратуры, и обеспечение надежной и удобной системы хранения и передачи медицинской информации, и предоставление населению возможности получения льготных лекарств в аптеках (предполагается постепенный переход на электронные рецепты). Все эти новации будут интегрированы в единую медицинскую информационную систему.

Арина Петрова

Роспрофконсалтинг

• Медицинское право
• Репродуктивное право
• Защита прав пациентов
• Медиация в медицине
• Представление интересов медицинских и фармацевтических компаний в судах России, Украины, ЕС

Офисы в России, Украине, Европе

8 лет успеха

РЕКЛАМА

www.jurconsult.ru
Москва, ул.Таганская, д.3, офис 514
тел./факс: +7 495 225 5595 e-mail: info@jurconsult.ru