

© Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005

А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий

### СОХРАНЯТЬ ЛИ ПЕРВИЧНУЮ ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ?

*Союз педиатров России*

17 января 2005 г. министр здравоохранения и социального развития РФ М.Ю. Зурабов подписал приказ № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Фактически с выходом в свет этого приказа более чем 10-летний период подготовки к реформе первичной медико-санитарной помощи населению по принципу врача общей практики (ВОП) завершен и дан старт к ее реализации.

Мы не касаемся содержания, смысла и сути этой реформы, таких основополагающих ее вопросов как, например: что даст замена фигуры участкового врача врачом общей практики? где гарантии, что последний будет лучше и не останется таким же диспетчером, как первый? что от этого выиграет потребитель медицинских услуг? и т.д. и т.п. Это — все важные, но другие, отдельные темы для дискуссии.

В данной статье хотим обсудить лишь один вопрос: выиграет ли от реформы медицинское обеспечение детского населения в условиях, когда первичную медицинскую помощь детям будет оказывать ВОП, а не специально подготовленный для этого врач-педиатр?

В своих выступлениях адепты реформы заявляют, что никто не собирается ликвидировать первичную медицинскую помощь детям врачом-педиатром. Однако в приказе черным по белому написано, что ВОП «осуществляет профилактическую работу ... путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей ...», «осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных». Приведенные выдержки из приказа однозначно свидетельствуют об одном: Минздравсоцразвития взяло твердый курс на передачу первичной медицинской помощи детям в руки ВОП.

Правда, идеологи реформы успокаивают: «В приказе нет ни слова об устранении педиатров. Пока эти две системы — классическая и врачей общей прак-

тики — будут существовать параллельно... Просто между ними будет здоровая конкуренция»<sup>1)</sup>. Но о какой здоровой конкуренции может идти речь, если в приказе (пункт 5) четко написано: «Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации предусмотреть стимулирующие выплаты при формировании фонда оплаты труда медицинских работников, работающих в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины)». Не трудно предположить, кем будет стремиться стать участковый педиатр, если у его коллеги — ВОП — зарплата будет в 3—4 раза выше.

Попытаемся трезво, опираясь на факты, обсудить проблему.

#### **Теоретические послы создания первичной педиатрической помощи в России**

В России еще в середине XIX века врачи пришли к осознанию глубоких отличий «детской» медицины от «взрослой». В первом отечественном руководстве «Педиятрика» (1847 г.) Степан Фомич Хотовицкий обосновал необходимость как выделения самостоятельного раздела медицины — «медицины детства», так и того, что врач-педиатр должен обладать особыми признанием и навыками, глубокими знаниями о постоянно развивающемся и меняющемся детском организме. Такое понимание проблемы привело к тому, что именно в России 140 лет назад в 1865 г. в стенах Петербургской медико-хирургической академии создается первая в мире кафедра педиатрии.

**Особенности и характер системы охраны здоровья детей в России сформированы закономерностями общественного, экономического и культурного развития страны.** К ним, в частности, можно отнести общественный характер российской медицины, так называемую медицину в Рос-

<sup>1)</sup> А.Г. Румянцев. МК, 28 марта 2005 г.

сии 2-й половины XIX века; идею общинного самоуправления, нашедшую яркое выражение в системе земской медицины. Именно основополагающие принципы земской медицины — бесплатность (доступность), профилактическая направленность, участливость — стали основой впервые в мире разработанной советской государственной системы медицинского обслуживания детей.

Основополагающей причиной ее создания было то, что чрезвычайно высокая младенческая и детская смертность, инфекционная заболеваемость и заболеваемость социальными болезнями (рахит, диспепсии, ревматизм, тубинфицирование и др.) в стране требовали принятия экстраординарных мер. Была поставлена задача в короткие сроки обеспечить население специализированной педиатрической врачебной помощью и при том в максимальном приближении к дому.

В СССР создается специальная служба охраны материнства и детства (развертывание сети яслей, домов ребенка, детских консультаций и поликлиник, стационаров; формируется участковый принцип обслуживания). Особенностью этой системы стало и то, что впервые в мире первичную врачебную помощь детям стали оказывать специально подготовленные специалисты на специальных факультетах медицинского вуза. Здесь хотелось бы подчеркнуть своеобразие отечественного опыта подготовки врачей-педиатров на специальном факультете. Ему исполняется в этом году уже 80 лет.<sup>2</sup>

В основу обучения на педиатрических факультетах прежде всего было положено то, что с первых часов преподавания в вузе в общих предметах (анатомии, физиологии, биохимии и др.) стали освещаться вопросы возрастного развития ребенка, проблемы профилактики и диагностики нарушений развития, заболеваний детского возраста. Это, а также раннее (со 2-го курса), длительное общение со здоровыми и больными детьми в клиниках и детских учреждениях позволяло решать проблему подготовки детского врача в течение общепринятых сроков вузовского обучения. Такая постановка преподавания полностью оправдала себя как альтернатива западной медицинской школе обучения педиатрии.

Самый любимый аргумент критиков отечественной системы подготовки детских врачей следующий: следует готовить педиатров по той схеме, как это веками осуществляется в экономически развитых странах. Но при этом, во-первых, не учитываются российские особенности (масштабы страны, климат, состояние экономики и др.) и российские менталитет, традиции, обычаи, а, во-вторых, забывают об одной «мелочи»: за рубежом такой единой службы охраны материнства и детства, как в России, ко-

торая осуществляет комплексное медико-социальное обеспечение здоровья детского населения, не имеется. Конечно, там тоже готовят специалистов-педиатров, но их готовят в системе постдипломной подготовки в течение 4 лет после получения единого врачебного диплома (7 лет вузовского обучения). Таким образом, чтобы стать специалистом в области педиатрии, необходима 11-летняя подготовка.

Оправдано ли слепое копирование зарубежного опыта? Смейте утверждать: *подготовка врачей-педиатров на специальных факультетах есть достижение отечественной медицинской мысли, ее самобытность, если хотите, ее весомый вклад в мировую систему медицинского образования.* Многие, между прочим, зарубежные коллеги говорили нам об этом. Как поздно начинать воспитание ребенка с 5 лет, а не с пеленок, так, может быть, уже не воспитать будущего специалиста, настоящего (глубокого, органичного) педиатрического мышления после 6-го курса.

#### Аргументы и контраргументы за проведение реформы

1. **Мировой стандарт** — главный аргумент реформаторов тот, что система ВОП существует во всех государствах, кроме России. По этому поводу хотелось бы сказать о том, что *нет убедительных доказательств, что европейский стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи лучше.* Ибо лучшие показатели здоровья населения и качества медицинского обслуживания в западных странах обусловлены лучшими условиями жизни населения, большими объемами финансирования здравоохранения, такой организацией работы врача, что он имеет личную заинтересованность в своей эффективной работе.

Во-вторых, *система ВОП многими за рубежом воспринимается далеко не как оптимальная* (см. например, статью «Суперхирургический план свидетельствует — «пришел конец семейному врачу» в лондонской «Таймс» от 28 марта 2005 г.). Вот мнение известного специалиста в области организации зарубежного здравоохранения проф. Н. Мелянченко: «... на Западе принципы работы общепрактикующих врачей сегодня уже не пользуются столь однозначной поддержкой специалистов, как это было в прошлом. По крайней мере, аналитики развитых зарубежных стран признают, что широкое внедрение последних достижений научно-технического прогресса в системе первичной помощи становится уже невозможным без консолидации технологий и организации обслуживания на основе коллективных действий медицинского персона-

<sup>2</sup> В СССР в 1925 г. был создан Институт охраны материнства и детства, ныне Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, в котором впервые в мире начато обучение студентов сразу же при поступлении в вуз по выбранной ими специальности «детский врач». В 30-е годы были организованы педиатрические факультеты медицинских институтов.

ла. В этих условиях работа независимых врачебных практик в их традиционной форме на Западе представляется многим излишне консервативной, а тенденция к развитию групповых и поликлинических форм проявляется все более отчетливо»<sup>3</sup>.

И здесь опять уместны и справедливы слова другого эксперта — проф. И. Деревянко: «Внедрение медицинскими чиновниками семейного врача в практику российского здравоохранения проводится на фоне того, что в зарубежных странах семейные врачи начинают объединяться и работать группами (терапевт, педиатр, акушер-гинеколог и др.) по типу мини-поликлиник. Жизнь заставляет их это делать. Наши же руководители вопреки здравому смыслу стремятся к прошлому»<sup>4</sup>.

В-третьих, и это — главное! *Все в большем числе европейских стран первичную врачебную помощь детям все чаще оказывают врачи-педиатры*, т.е. явно просматривается тенденция оказания первичной медицинской помощи детям по «русской модели».

Так, по данным проф. И.М. Воронцова, даже страны с многолетней историей системы врачей общей практики сегодня стали ориентироваться на первичную педиатрическую помощь. Вот недавняя статистика по США (2002 г.): в 1999 г. обращения с детьми моложе 18 лет распределились следующим образом — 67% к педиатру, 26% к семейным врачам и 7% к другим специалистам. И переход семей на обслуживание детей педиатром имеет стойкую возрастающую тенденцию. Аналогичные тенденции и в Европе. Там остро не хватает педиатров, и принимаются все меры для увеличения их подготовки. К началу нового столетия в Европе (34 страны) было 158 млн. детей и 167 444 педиатра (943 ребенка на одного врача). В зависимости от местных особенностей организации службы здравоохранения на одного педиатра приходилось от 401 до 2094 детей. В 12 странах Европы уже функционируют системы с первичной педиатрической помощью — дети лечились только у педиатров, в 6 странах они обслуживались врачами общей практики или семейными врачами, сочетанное по выбору семьи обслуживание больных детей было в 16 странах. Убедительно показано, что в тех странах, где детей наблюдают и лечат педиатры, имеются существенно лучшие показатели и по смертности, и по здоровью детей. В 14 странах Европы существуют и развернутые более узкие педиатрические службы — педиатры первичной помощи, специалисты по контролю развития детей, специалисты по ведению здоровых детей, школьные педиатры и др.

Американский Сенат уже 2 года рассматривает меры по улучшению медицинской помощи детям через создание типовых специальных учреждений специализированной помощи детям — «Медицинский дом ребенка», где будут сконцентрированы

врачи-педиатры, некоторые детские специалисты, диагностические кабинеты и службы по медицинскому просвещению родителей и самих детей по вопросам гигиены, питания, антиалкогольного и антитабачного воспитания. Чем же это не вариант нашей детской поликлиники?

2. Другой аргумент в пользу ВОП заключается в следующем: «Сегодня *врачи общей практики лучше подготовлены, чем участковые врачи*, которых готовят в одногодичной интернатуре, а врачей общей практики — в двухгодичной ординатуре»<sup>5</sup>. Аргумент весьма спорный, ибо, если ввести в номенклатуру специальностей специальность «участкового терапевта» и «участкового педиатра», и готовить этих специалистов целенаправленно к работе в первичном звене, то проблема будет решена без болезненного реформирования. По крайней мере, мы уже давно убеждены в том, что *необходимо вводить специальность «участкового педиатра» (педиатра первого контакта, педиатра общей практики) и готовить его в медицинском вузе на кафедрах социальной и поликлинической педиатрии (амбулаторной педиатрии)*.

#### Изъяны предложенной реформы

Почему, на наш взгляд, преждевременна, непродуктивна и даже, если хотите, разрушительна по своей сути передача первичной педиатрической помощи ВОП (семейному врачу)? Приведем наиболее важные, с нашей точки зрения, соображения.

Во-первых, *введение института ВОП противоречит положениям конвенции о правах ребенка*:

- нарушается требование Конвенции о том, что во всех действиях, принимаемых государством в отношении детей, первоочередное внимание должно уделяться наилучшему обеспечению интересов ребенка (п.1 ст. 3); не существует ни одного аргумента в пользу «заинтересованности» детей перейти из системы педиатрической службы в систему обслуживания ВОП;

- в соответствии с Конвенцией (ст. 4) Российская Федерация обязалась обеспечивать права детей в максимальных рамках имеющихся ресурсов. Ликвидация педиатрической службы является нарушением этой нормы, так как направлена на миниатюризацию этих рамок.

Во-вторых, *инфраструктуры для осуществления семейной медицинской практики в стране не имеется*. В программе перехода на систему ВОП полностью отсутствует финансовое обоснование. А вопросов, связанных с финансированием, немало, и прежде всего — какие средства потребуются на повышение заработной платы ВОП, на переучивание участковых терапевтов и педиатров, на оснащение офисов общей практики.

Легко подсчитать, что из расчета 150 млн. жителей и 1200 чел. нагрузки на ВОП потребуется

<sup>3</sup> МГ, № 97 от 8 декабря 2004 г.; <sup>4</sup> МГ, № 50 от 2 июля 2004 г.; <sup>5</sup> «Газета» от 23 марта 2005 г.

более 120 тыс. таких специалистов, а их в стране по самым оптимистичным подсчетам около 4 тыс. Очевидно, что создание указанной инфраструктуры весьма дорогой экономически и весьма продолжительный по времени проект. И передача в этих условиях функции врача-педиатра ВОП может нанести непоправимый вред профилактической и лечебной составляющей медицинского обслуживания детей, а, следовательно, крайне отрицательно скажется на состоянии здоровья детского населения.

В-третьих, **превращение педиатра в узкого специалиста, исключение его из первичного звена оказания медицинской помощи детям несомненно скажутся со знаком минус на ее качестве.** Приведем только один аргумент. Заболевший ребенок попадает к педиатру по направлению ВОП. Не трудно предположить, что у педиатра может быть очередь, а, с другой стороны, он территориально может находиться достаточно далеко от офиса ВОП. В этих условиях вероятность возникновения кризисных ситуаций в состоянии здоровья ребенка, а то и его гибели значимо увеличится.

В-четвертых, **вызывает серьезные возражения, даже опасения система педиатрической подготовки ВОП из врача-лечебника и его лечебной подготовки из врача-педиатра.** На наш взгляд, это иллюзия, что можно в течение полугода осуществить такую трансформацию. Ведь общепризнано, полноценного специалиста в области семейной медицины можно подготовить при самом минимальном сроке за 2 года после окончания медицинского вуза. Опять же экономика страны вряд ли готова к таким затратам.

В-пятых, **передача функций врача-педиатра ВОП, по существу, потребует ликвидации педиатрических факультетов и подготовки врачей-педиатров в системе постдипломной подготовки.** Зачем отказываться от хорошо зарекомендовавшего себя, выдающегося по сути отечественного опыта?

В-шестых, **по вопросам педиатрии уровень квалификации ВОП, по сравнению с уровнем квалификации педиатра, всегда будет ниже.** Вот, к примеру, мнение профессора детской хирургии из Петрозаводска И. Григовича: «Будучи в командировке в США, я встречался со специалистами в двух университетских клиниках в штате Вермонт и Нью-Гемпшир. Из этих бесед выяснилось, что наибольшее количество диагностических и тактических ошибок у детей допускают именно семейные врачи. Ну не может и не сможет семейный врач распisać правильное питание и уход для ребенка грудного возраста, знать особенности течения острых хирургических и соматических заболеваний у младенцев!»<sup>6</sup>

В-седьмых, нельзя сбрасывать со счета социальную составляющую обсуждаемой реформы. В ра-

курсе обсуждаемого реформирования педиатрической службы **врач-педиатр по своей сути становится узким специалистом.** Следовательно, легко прогнозировать, с учетом опыта развития специализированной помощи населению России в последние годы, **коммерциализацию педиатрической помощи.** В итоге она станет менее доступной.

### Заключение

Изложенные выше соображения о нецелесообразности передачи функций участкового педиатра ВОП не новы, неоднократно и продолжительное время высказывались врачебной и педиатрической общественностью в СМИ, на профессиональных форумах. Только в последнее время о неприемлемости данной реформы было заявлено на Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 10-летию Союза педиатров России (июнь, 2004), на Юбилейной, посвященной 60-летию сессии РАМН, обсудившей проблемы охраны здоровья детей (декабрь, 2004), на 10-м съезде педиатров России (февраль, 2005). В Исполком Союза педиатров России поступили отклики на приказ № 84 более чем из 30 региональных отделений. Ни в одном из них не имеется даже намек на согласие с его идеологией, сутью и содержанием.

Следовало бы помнить и о том, что, по мнению ВОЗ (Конференция ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 1978 г.), в России в первой половине XX века была создана лучшая в мире система детского здравоохранения, обеспечивающая быструю, квалифицированную, бесплатную помощь детям с первого дня болезни.

Говоря о нашей позиции, подчеркнем, мы также за реструктуризацию первичной медицинской помощи детям. В ней действительно накопился чрезмерный груз проблем. Наши предложения в контексте поднятой в статье проблемы сводятся к следующему:

1) считаем целесообразным создавать службу ВОП по двум направлениям: а) для взрослого населения, б) для отдаленных и малонаселенных районов, где он обслуживает взрослых и детей;

2) как вариант института ВОП, использовать групповой (бригадный) метод, когда первичную медико-санитарную помощь населению оказывает группа специалистов — терапевт, педиатр, акушер-гинеколог;

3) узаконить, как самостоятельную, специальность «участкового педиатра» (педиатра первого контакта, педиатра общей практики);

4) специально готовить педиатра в медицинском вузе для работы в первичном звене на специальных кафедрах (социальной и поликлинической педиатрии, амбулаторной педиатрии, семейной педиатрии).

<sup>6</sup> Политика, № 70, февраль 2005 г.