

ФТИЗИАТРИЯ СЕГОДНЯ: ВРЕМЯ ВЫБОРА

В. А. КРАСНОВ¹, Д. В. СТЕПАНОВ¹, О. В. РЕВЯКИНА¹, И. В. КАЛАЧЕВ²

PHTHISIOLOGY TODAY: TIME TO CHOOSE

V. A. KRASNOV¹, D. V. STEPANOV¹, O. V. REVYAKINA¹, I. V. KALACHEV²

¹ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Министерства здравоохранения России,

²Институт социальных систем и технологий, г. Новосибирск

В статье дана оценка постсоветского периода изменений российской фтизиатрической службы. Представлены ее роль и место в системе здравоохранения и обеспечения эпидемической безопасности, особенно в современных условиях кардинальных реформ. Отмечено, что фтизиатрическая служба, всегда гармонично вписывавшаяся в систему советского и российского здравоохранения, сейчас же с трудом соответствует ей, а подчас и вовсе не вписывается в те реформы, которые проводятся в здравоохранении. В настоящее время можно констатировать, что российская фтизиатрия находится в кризисе. Между тем стране с достаточно высоким уровнем заболеваемости туберкулезом необходима эффективно работающая противотуберкулезная служба. Поднят вопрос о судьбе и месте фтизиатрической службы в современных условиях. Представлены сценарии дальнейшего развития ситуации и характеристики неотложного выбора, которой сегодня стоит перед фтизиатрией.

Ключевые слова: туберкулез, организация здравоохранения, социальная система, управление, реформирование.

The paper assesses post-Soviet changes in the Russian tuberculosis (TB) service. It shows its role and place in the public health system and in the provision of epidemic safety, particularly under the current conditions of major reforms. It is noted that the TB service that has always perfectly fitted into the Soviet and Russian healthcare system hardly corresponds to it now and at times does not fit at all into the healthcare reforms that are being carried out. As of now, it may be stated that Russian phthisiology is in crisis. At the same time the country with a fairly high TB incidence needs an effective TB service. The fate and place of the TB service under the current conditions are questioned. The paper gives scenarios for the further development of the situation and characteristics of the urgent choice facing phthisiology today.

Key words: tuberculosis, health organization, social system, management, reformation.

Постсоветская российская фтизиатрия за относительно небольшой отрезок времени пережила несколько этапов, на каждом из которых ее роль и место в системе здравоохранения и обеспечения эпидемической безопасности менялись. Первый период – 1991-1999 гг. – можно охарактеризовать как «период растерянности». Эти годы сопровождалась неудержимым усугублением негативной эпидемической ситуации по туберкулезу, что было обусловлено многими причинами: существенным ухудшением социальных условий жизни населения, постоянными перебоями в снабжении диспансеров и больниц противотуберкулезными препаратами, резким снижением хирургической активности фтизиохирургических отделений, разрывом межведомственных отношений противотуберкулезной службы с учреждениями, подведомственными МВД, Министерству юстиции, санитарно-эпидемиологической службе и т. д.

По прогнозам, составленным зарубежными специалистами и российскими учеными, при сохраняющемся отношении государства к нарастающей эпидемии туберкулеза к 2005 г. заболеваемость в России должна была превысить 200 слу-

чаев на 100 тыс. населения, а к 2015 г. – 250 [9]. Пугающая перспектива заставила Правительство РФ принять Федеральную целевую программу «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России» [5]. Однако первые два года программа практически не финансировалась.

Переломным, обусловившим все последующие достижения отечественных фтизиатров послекризисного периода, стал второй этап – с 2000 по 2009 г. Главное, что начиная с 2000 г. по нарастающей стала финансироваться Федеральная целевая программа по борьбе с туберкулезом, и, кроме того, появился дополнительный источник финансирования – проект Международного Банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа». Эти обстоятельства, безусловно, способствовали улучшению ситуации по снабжению противотуберкулезными препаратами и оснащению учреждений фтизиатрической службы и общей лечебной сети лабораторным оборудованием для выявления и диагностики туберкулеза.

Очень важна была и политическая поддержка государства. Ежегодно проводили целевые коллегии федерального Министерства здравоохранения

по данной проблеме, на одной из которых в 2000 г. ситуация по туберкулезу рассматривалась как элемент национальной безопасности страны. Такой подход позволил включить туберкулез в перечень главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения [6].

В те годы были приняты важнейшие Постановления Правительства РФ:

- от 25.12.2001 г. № 292 «О реализации федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"»;

- от 13.11.2001 г. № 790 «О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера"» на 2002-2006 гг. и последовавшее за ним Постановление от 10.05.2007 г. № 80 «О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями" на 2007-2012 гг.».

В 1999 г. была создана и активно начала действовать Рабочая группа высокого уровня (РГВУ) по туберкулезу в Российской Федерации. В число ее учредителей вошли Министерство здравоохранения и Министерство юстиции РФ, Российская академия медицинских наук и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). РГВУ является совещательным органом, и основная цель ее работы – создание механизма эффективного диалога между российскими и международными специалистами по борьбе с туберкулезом, а также разработка рекомендаций по стратегии и тактике борьбы с туберкулезом в России. Велика роль РГВУ и в координации деятельности зарубежных партнеров, работающих над реализацией программ в субъектах Российской Федерации. Следует подчеркнуть, что в мире нет аналогов подобной организации и вклад ее в улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу в России недооценивать нельзя.

Можно сказать, что именно в тот период произошел коренной перелом в отношении государства и общества к проблеме туберкулеза, был остановлен рост основных эпидемиологических показателей, началось их снижение [3].

Третий этап – с 2009 г. по настоящее время – характеризуется ощутимым снижением показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза в России. Федеральное финансирование противотуберкулезных мероприятий в этот период осуществлялось в рамках программы модернизации здравоохранения и национального проекта «Здоровье».

Сегодня ориентиром деятельности противотуберкулезной службы является Распоряжение Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р «Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения"». В документе нет отдельной подпрограммы по туберкулезу, однако в других 11 подпрограммах опос-

редованно включены противотуберкулезные мероприятия. И, что важно, определены основные целевые индикаторные показатели по туберкулезу, которые необходимо достичь к 2020 г.

В постсоветском периоде многие области здравоохранения претерпели значительные изменения, однако противотуберкулезной службы они коснулись минимально. Сравнивая другие медицинские специальности, найдем между ними гораздо больше точек соприкосновения, чем между фтизиатрической службой и прочими областями здравоохранения. Ее можно назвать «государством в государстве» [3]. Специально для этой службы создана инфраструктура, которая позволяет ей быть достаточно автономной. Нельзя назвать еще одну такую область здравоохранения, которая обладала бы автономной структурой (сеть лечебных учреждений и специализированных санаториев), собственными системами диспансерного учета и подготовки кадров [7].

Эта обособленность позволила сохранить ей присущую структурную целостность, в то время как другие отрасли медицины испытали влияние процессов децентрализации, охвативших социальную сферу государственного устройства России. Сохранен и доказал свою жизнеспособность диспансерный метод учета и наблюдения больных [8]. Противотуберкулезная служба осталась целиком на государственном финансировании и не была включена в систему обязательного медицинского страхования [1]. Кроме того, туберкулез, являясь в эпидемическом плане инфекционным заболеванием, в целом как явление обусловлен причинами социально-экономического характера, что также оказывает соответствующее влияние на фтизиатрию [4]. Наконец, есть смежные социальные институты, с которыми противотуберкулезная служба тесно взаимодействует, оставаясь при этом обособленной [2].

Продолжается кардинальное реформирование системы здравоохранения, в частности, идет перевод всех видов деятельности в систему ОМС. Встает вопрос о судьбе и месте фтизиатрической службы в современных условиях. Для фтизиатрии наступило время выбора, и авторы статьи представляют свой взгляд на данную проблему.

Важнейшим признаком современной фтизиатрической службы является ее поступательное движение вперед. В ряде российских регионов построены новые противотуберкулезные диспансеры и больницы, проведены капитальный ремонт существующих учреждений и их реконструкция, т. е. значительно улучшена материально-техническая база отрасли, появилось современное оборудование для ранней диагностики туберкулеза. Противотуберкулезная служба уже не представляется столь «унылой и беспомощной», как это было в начале 90-х годов прошлого столетия, а является мощной

дееспособной структурой. Фактически достигнута стандартизация современных технологий обеспечения.

Заметное влияние на фтизиатрию оказало включение ее составных элементов в раздел высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В учреждениях, выполняющих госзадания по ВМП, в несколько раз увеличилось количество операций по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, представляющего основную эпидемическую опасность. Увеличился объем операций по поводу внелегочного туберкулеза. Как следствие, произошла санация значительного числа больных с хроническим туберкулезным процессом.

Развиваются способы диагностики туберкулеза, внедрены молекулярно-генетические методы – ПЦР, GineXpert, Bactec, тесты на освождение интерферона-гамма. Широкое распространение получила компьютерная томография, развивается телемедицина. Одним словом, значительно улучшились методы диагностики, и, что самое главное, эти современные методы доступны практически всем противотуберкулезным учреждениям.

Перестало быть проблемой обеспечение службы противотуберкулезными препаратами.

Совершенствуются способы лечения больных туберкулезом: появляются новые, высокоэффективные препараты для лечения больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. Шире применяются малоинвазивные, щадящие оперативные методы лечения, включая коллапсохирургические, которые позволяют расширить объем хирургической помощи больным с распространенным туберкулезом легких. Активнее используются адресная терапия, внутривенная доставка противотуберкулезных препаратов в очаг поражения, индивидуальные (корректирующие) схемы лечения.

Расширилась и сфера деятельности фтизиатров, все чаще проводится совместная работа со специалистами смежных областей медицины по поводу туберкулеза и ассоциированных заболеваний и состояний. Активно идет сотрудничество по проблеме туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией: если еще 5-6 лет назад пытались найти оптимальные решения сложных аспектов этого сочетания, то сегодня уже изданы клинические рекомендации по данной проблеме, которые являются руководством к действию.

Намечается все более тесное взаимодействие фтизиатров с онкологами, пульмонологами. Перспективным является контакт с терапевтами по проблеме туберкулеза у иммунокомпрометированных больных.

Значительно изменилась эпидемическая карта России. Если в предыдущие годы она была фак-

тически однородна и ее условно можно было окрасить в один цвет, то сегодня на ней появились «белые пятна». Это территории с низкой заболеваемостью и смертностью от туберкулеза, подчас сравнимыми с аналогичными показателями стран Европы. К числу таких регионов относятся Орловская, Архангельская, Белгородская, Томская и целый ряд других областей. Резонно, что у руководства страны возникает вопрос: если сумели добиться успехов в отдельных субъектах, что мешает сделать это в целом по России?

Резюмируя, можно выделить основные факторы, которые способствовали позитивным изменениям в противотуберкулезной службе и эпидемиологии:

- улучшалось оснащение отрасли;
- повысилась доступность ВМП;
- появились новые способы диагностики;
- совершенствуются способы лечения;
- произошло развитие не только межведомственного, но и междисциплинарного взаимодействия фтизиатрии с другими областями медицины.

Однако, помимо движения вперед, во фтизиатрии сохраняется и ряд негативных аспектов, во многом осложняющих нынешнюю ситуацию. Во-первых, угрожающе тормозит работу правовая база. После 2012 г. нет федеральной программы борьбы с туберкулезом ни в виде самостоятельного документа, ни в варианте подпрограммы какой-либо другой крупной программы, охватывающей многочисленные аспекты эпидемического благополучия. А такой документ необходим, учитывая нарастающее неблагополучие по туберкулезу с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя. В рамках реализованных ранее программ картина снабжения оборудованием и противотуберкулезными препаратами была более четко очерчена, а не так размыта, как сейчас. Имелась возможность оперативно решать возникающие вопросы и проблемы. Находилось место и целевым научным исследованиям.

Во-вторых, как указывалось выше, серьезной проблемой является «непонимание» государством причин различной эпидемической ситуации по туберкулезу в субъектах Российской Федерации.

В определенной степени тормозом движения вперед стал ФЗ-44, ведь основа сегодняшних законов о госзакупках – получить тот же результат, но с меньшими ресурсами. Как следствие, нередко покупаются менее эффективные лекарственные препараты, но по более низкой цене. Учитывая наступление «века дженериков», многие препараты по окончании срока их патентной защиты просто заменили аналогами, зачастую неэффективными.

Изменения законодательства – перманентный процесс, так как любая система быстро адаптируется к ситуации, и поэтому логично ожидать, что через определенный промежуток

времени будут издаваться новые законы [3]. Нам предстоит еще неоднократно адаптироваться к постоянно меняющимся правилам игры, а на это, к сожалению, уходит время.

Возникает немало вопросов в связи с возможным переводом противотуберкулезной службы на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Каким образом рассчитывать тариф на законченный случай, учитывая долговременность основного курса лечения во фтизиатрии? Как будут регулироваться противоречия законодательства? Насколько территориальные системы ОМС готовы взять на себя финансовое бремя туберкулеза? В том случае, если фтизиатрия не войдет в ОМС, как будут решаться вопросы с ВМП, которая с 2015 г. полностью переходит в эту систему? Выше уже указывалась важность ВМП для достижения к 2020 г. тех индикаторов, которые поставило перед фтизиатрией Правительство РФ.

Важный аспект развития отрасли – подготовка кадров. В соответствии с законодательством об образовании весь объем послевузовского обучения постепенно передается в высшие образовательные учреждения, и задача переподготовки собственных кадров, таким образом, может выйти из-под системы профессионального контроля. В этой связи все менее значимой для специалиста становится стажировка на рабочем месте.

Негативные последствия несут в себе и отраслевые подзаконные акты. Например, принятый Приказом № 923н от 15 ноября 2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом» на практике оказался «сырым», недоработанным документом, который постоянно переиздается (допускается одномоментное изменение не более 30% положений). До настоящего времени не утверждены единые схемы лечения, стандарты, тарифы. Все это на данном этапе отрицательно влияет на положение дел в службе.

Следующим важнейшим отрицательным фактом, на наш взгляд, является то, что не определено место науки в противотуберкулезной деятельности во время и после реформ. Продолжается снижение государственного финансирования исследовательской деятельности, научные учреждения отправляются на самостоятельный поиск источников финансирования исследований. Речь также идет о прекращении утверждения государственного задания по науке для некоторых научно-исследовательских учреждений, то есть, по сути, перевод их в разряд учреждений практического здравоохранения. При этом априори понятно, что данные центры, имеющие федеральный статус, решают значительно более весомые задачи, чем любая региональная туббольница, и, соответственно, должны иметь более широкие функции. В целом можно констатировать начало стагнации науки, неспособности ее к интен-

сивному производству современных прикладных научных знаний и внедрению их в практику.

Ключевым негативным моментом, который мешает продвижению фтизиатрической службы вперед, является беспрецедентная разобщенность профессионального сообщества. Сегодня в отечественной фтизиатрии имеются две (!) профессиональные некоммерческие организации: Российское общество фтизиатров и Национальная ассоциация фтизиатров, которые не могут или не хотят прийти к консенсусу в виде единых клинических рекомендаций, методических указаний, стандартов лечения и т. д. Фтизиатры-практики не могут понять, какими документами им руководствоваться, тем более что Министерство здравоохранения отказалось от издания нормативной документации и передало эти функции профессиональному сообществу.

Происходящие события оказывают разобщающее воздействие на профессиональную культуру, мы начинаем терять традиции. Появилось деление фтизиатров на «ортодоксальных» и «правильных». К «ортодоксам», естественно, причислены наши учителя, которые стояли у истоков создания и развития отечественной фтизиатрии как науки и отрасли медицины. Все это грозит потерей не только традиций, но и школ, создававшихся десятилетиями, а с ними – и базового ресурса развития.

Не менее негативное влияние на ситуацию имеет, на наш взгляд, и бурная, подчас стихийная смена кадрового состава управленцев, создавшая практически хаос в отрасли. Подчас это выглядит, как самоцель – «чем больше мы заменили управленцев, тем больше впечатление, что мы эффективно работаем». Нередко это заканчивается тем, что новый человек, приходя «не из нашей системы», не всегда успевает адаптироваться, а с него уже требуют быстрых изменений и эффекта... В итоге все получают совсем не тот результат, который ожидался.

Характерным для сегодняшнего времени является разрыв управленческих связей и информационных потоков. В вышестоящие организации поступает либо недостоверная, либо неполная информация, что зачастую не позволяет принимать правильные управленческие решения. Подчас приказы или клинические рекомендации по лечению туберкулеза не подтверждены финансовыми ресурсами, что в последующем ведет к невыполнению этих приказов или рекомендаций из-за отсутствия должного финансирования.

Еще один негативный момент – незаконный статус кураторской работы научно-исследовательских институтов туберкулеза. ВОЗ при реализации своих проектов существенное значение придает кураторским визитам. Яркий пример результатов выездной работы – это реализация проекта МБРР в субъектах РФ. В частности, в Магаданской области в течение трех лет ежегодно

были осуществлены выезды на все территории с целью активизации работы по выявлению туберкулеза методом простой микроскопии мокроты в учреждениях общей лечебной сети. На время начала проекта в Магаданской области процент выявления микобактерий туберкулеза методом мазка в учреждениях общей лечебной сети был равен нулю, затем увеличился до 20%, а по окончании его вновь снизился до нуля.

Негативным событием стало ослабление взаимодействия Российской противотуберкулезной службы с ВОЗ и другими международными организациями. Возможно, это и хорошо с точки зрения политики, но, безусловно, плохо с точки зрения обмена профессиональной информацией.

Предвидим затруднения, которые могут возникнуть из-за вновь предписанной организационной структуры противотуберкулезной службы. В соответствии с новым порядком головная роль предписана в том числе и туберкулезной больнице. Хотелось бы напомнить авторам этой «новации», что в основу борьбы с туберкулезом изначально положен диспансерный метод, который является основой всех достижений отечественной фтизиатрии в годы, когда туберкулез перестал быть распространенным заболеванием и превратился в спорадическое у детей и подростков, а влияние экзогенной реинфекции на возникновение новых случаев заболевания стало минимальным. По мере снижения эпидемиологических показателей по туберкулезу в России (как это уже произошло на ряде территорий) на первое место выйдет усиление профилактического раздела работы, а не лечение. Больница, как головное учреждение службы, даже при наличии диспансерного отдела (учитывая частую смену управленцев, нередко далеких от понимания сущности диспансерного метода) вряд ли будет полноценно заниматься этим важнейшим разделом работы.

Нельзя не коснуться и усиливающегося влияния представителей фармацевтической промышленности на руководителей фтизиатрической службы. Разобщенные – значит, слабые, вот нами и начинают «руководить» те, кому не положено. Очень часто фармацевтические компании пытаются самостоятельно определять, какие препараты нам необходимо закупать и включать в схемы лечения. В то время когда отечественная фтизиатрическая служба была консолидированной, подобное внешнее влияние было значительно слабее.

Итак, обобщим негативные аспекты, которые мешают дальнейшей эффективной противотуберкулезной деятельности:

- угрожающе тормозящая работу правовая база;
- неопределенность места и роли научных исследований во фтизиатрии после проведенной реформы отечественной науки;

- беспрецедентная, критическая разобщенность профессионального сообщества.

Резюмируя, можно сказать, что прежде фтизиатрическая служба всегда гармонично вписывалась в систему советского и российского здравоохранения, сейчас же с трудом соответствует ей, а подчас и вовсе не вписывается в те реформы, которые проводят в здравоохранении. Между тем стране с достаточно высоким уровнем заболеваемости туберкулезом необходима эффективно работающая противотуберкулезная служба.

Можно констатировать, что российская фтизиатрия находится в кризисе. В буквальном переводе с древнегреческого кризис – поворотный пункт, переходная пора, перелом, а в современном понимании кризис – это состояние, при котором существующие средства достижения цели становятся неадекватными, в результате чего возникают непредсказуемые ситуации и проблемы.

По нашему мнению, сценариев дальнейшего развития ситуации может быть три: «лавина», «консервация», «конструктив».

«Лавина» – дальнейшее разрушение межотраслевых связей, снижение значимости фтизиатрической службы как самостоятельного субъекта системы здравоохранения, окончательная деградация профессиональной культуры. И следующая за этим логичная реакция государства – ликвидация службы, передача туберкулеза, как объекта воздействия, другим службам.

«Консервация» – отдельные несистемные достижения, дальнейшее увеличение зависимости от «смежников» и поставщиков, постепенная деградация кадров на фоне постепенного снижения финансирования отрасли. Итог такой же, как и в первом случае, но отсроченный во времени и происходящий более «мягко».

Конструктивный сценарий – это консолидация профессионального сообщества, налаживание эффективного воспроизводства кадров (в первую очередь управленческих), существенное повышение качества работы службы (включая научные исследования, разработки и их внедрение), понятные перспективы улучшения управляемости ситуацией с туберкулезом. И в итоге логичная реакция государства и общества – развитие службы в соответствии с профессионально обоснованными приоритетами, а не преобразования в режиме вынужденного ремонта.

От нас самих всецело зависит, какой сценарий мы выберем. И совершенно ясно, что делать это надо безотлагательно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад министра здравоохранения РФ «Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 г. и задачах повышения качества медицинской помощи населению» // Пробл. туб. – 2002. – № 7-9. – С. 45-64.

2. Краснов В. А., Калачев И. В., Погожева Л. М. и др. О курации противотуберкулезных учреждений // Пробл. туб. – 2004. – № 2. – С. 8-11
3. Краснов В. А., Калачев И. В., Свистельник А. В. и др. Системный подход к управлению ситуацией с туберкулезом: основания, методология, практика. – Новосибирск: Наука, 2008. – 200 с.
4. Краснов В. А., Калачев И. В., Степанов Д. В. и др. Модель федерального центра борьбы с туберкулезом в округе // Пробл. управл. здравоохранением. – 2004. – № 1 (14). – С. 38-43.
5. Постановление Правительства РФ от 11 июня 1998 г. № 582 «О федеральной целевой программе «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 гг.»». Доступ из справ.-прав. системы «Консультант Плюс».
6. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 537 «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г.». Доступ из справ.-прав. системы «Консультант Плюс».
7. Урсов И. Г. О прогнозировании сдвигов в эпидемиологии туберкулеза в современных условиях // Пробл. туб. – 1976. – № 5. – С. 6-13.

8. Урсов И. Г. Эпидемиология туберкулеза и диспансеризация населения. – Новосибирск, 2003. – 176 с.
9. Фармер П. Е., Копонец А. С., Борисов С. Е. и др. Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству. – М.: Институт «Открытое общество». – М., 1999. – С. 36.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ревякина Ольга Владимировна
 ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России,
 кандидат медицинских наук,
 руководитель научно-организационного отдела.
 630040, г. Новосибирск, ул. Охотская, д. 81 а.
 Тел./факс: 8 (383) 203-83-67, 8 (383) 203-83-65.
 E-mail: nniit@sibnet.ru

Поступила 03.09.2014