

На днях председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев побывал в Тюмени. Он осмотрел операционный блок Федерального центра нейрохирургии, где ему продемонстрировали уникальное оборудование и фрагменты видеозаписей сложнейших операций. Сильное впечатление произвело на главу правительства и посещение детского отделения центра. Здесь он побеседовал с маленькой пациенткой, успешно перенёвшей сложнейшую операцию на головном мозге.

Позже Дмитрий Медведев провёл заседание президиума Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. В нём приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, полномочный представитель Президента РФ в Уральском федеральном округе Игорь Холманских, министры здравоохранения России – Вероника Скворцова, труда и социальной защиты – Максим Топилин, строительства и жилищно-коммунального хозяйства – Михаил Мень, регионального развития – Игорь Слюняев, финансов – Антон Силуанов, сельского хозяйства – Николай Фёдоров, сотрудники профильных федеральных органов исполнительной власти, руководители регионов, представители медицинского сообщества. Корреспондент «МГ» вместе с журналистами ряда изданий был в составе премьерского пула.

Новые технологии и отечественные расходные материалы

Премьер-министр сообщил, что в России сегодня работают 122 федеральных и 287 региональных медицинских учреждений, которые оказывают высокотехнологическую медицинскую помощь. Нужно правильно использовать этот потенциал. В качестве примера он привёл программу по сосудистой патологии, которая стартовала в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2008 г. Реализация этого проекта помогла переломить негативную динамику роста смертности от болезней системы кровообращения. Только за 9 месяцев 2013 г., по данным Росстата, от болезни системы кровообращения умерло почти на 23 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Но это, как принято говорить, «средняя температура по больнице».

Есть и регионы, где смертность не только не снизилась, но и выросла. Несмотря на принимаемые меры и единую методику работы, они не смогли добиться ожидаемого эффекта. Здесь нужно разобраться в причинах, посмотреть, чего не хватает и в чём субъективные просчёты, и в конечном счёте сломать этот дисбаланс. Скажем, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в республиках Ингушетия, Калмыкия возросла почти на треть.

Дмитрий Анатольевич напомнил, что передовые технологии открывают возможности для борьбы с весьма сложными заболеваниями, которые ещё недавно считались неизлечимыми. Поэтому Минздрав России вместе с Российской академией наук должен подготовить перечень наиболее перспективных высокотехнологических видов и методов лечения, дать предложения по срокам внедрения в практику здравоохранения и создать механизм их освоения.

Ещё цитата из небольшого выступления премьер-министра перед началом заседания: «Наша страна должна двигаться и в сторону лучшего положения дел с производством изделий для высокотехнологической медицины. Прежде всего, нужно научиться выпускать стенты, катетеры и ряд других расходных материалов. Нынешнее положение, когда в современной операционной не встретишь ни одного аппарата отечественного производства, для нашей страны неприемлема и обидна. В России для выпуска медицинской техники есть и технологии, и производственные возможности. Надо уделять этому внимание, привлекать инвесторов, вкладывать бюджетные деньги. Хотя поднятая тема – сложная, но она должна быть решена».

Невиданное увеличение ВМП

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала в

В центре внимания

Обвала не будет!

В Тюмени обсудили ситуацию с высокотехнологической медицинской помощью



своём выступлении объективную оценку реализации программы высокотехнологической медицинской помощи. Когда она начиналась в 2006 г., обеспеченность ВМП составляла не более 10%. Именно этот расчётный показатель стал стартовой количественной характеристикой. Объём средств федерального бюджета тогда составил 9,9 млрд руб., к 2013 г. он увеличился почти в 6 раз – до 55,6 млрд руб. Более чем в 7 раз возросло количество пациентов, получивших высокотехнологическую помощь в региональных медицинских учреждениях. В 2006 и 2007 г. их вообще не было, в 2008 г. стало 24 тыс., а в 2013 г. число выросло до 166 тыс. Подобная тенденция, прежде всего, была связана с внедрением субсидиарного механизма и с привлечением средств из бюджетов субъектов РФ (за эти несколько лет они выросли более чем в 10 раз). Кроме того, реализация региональных программ модернизации здравоохранения позволила придать необходимый технический уровень лечебным учреждениям. И вот результат: если в 2008 г. высокотехнологическую помощь могли оказывать 98 региональных учреждений, то в 2013 г. – уже 289.

В 2013 г. 62 субъекта РФ из 83 получили субсидии из федерального бюджета на софинансирование ВМП.

Чем завершится резкий маневр?

С 2015 г. планировалось всю высокотехнологическую медицинскую помощь перевести в систему ОМС. Но такое решение

принималось с учётом прогнозного увеличения финансового наполнения и возможности ухода от квот как от сдерживающего объём медицинской помощи механизма. То есть «погрузить» высокотехнологическую медицинскую помощь в обычную специализированную.

Министр напомнила, что два федеральных закона, определивших эту реорганизацию, приняты до постановки в 2012 г. новых целей по повышению заработной платы медицинским работникам. Реализация же указа Президента РФ № 579 от 07.05.2012 требует особого внимания к повышению социального и материального положения медицинских работников, врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Только в 2014 г. в расходах системы

и полностью отказаться от квот. Остальные 50 также широко использовались в практике, но никогда не оплачивались в системе ОМС. В настоящее время эти методы ещё не могут обеспечить полностью сложившуюся в них потребность в режиме реального времени и продолжают регулироваться по объёму их оказания и, соответственно, листу ожидания. В связи с этим данные методы не будут включаться в тариф клиничко-статистической группы, а их финансовое обеспечение будет осуществляться по установленным нормативам финансовых затрат на одну единицу медицинской помощи в дополнение к соответствующему тарифу клиничко-статистической группы.

– Мы планируем, что через 6-12 месяцев на основе статисти-

ческого анализа для этих 50 методов будут сформированы дополнительные клиничко-статистические группы с особой структурой тарифа, – уточнила В.Скворцова. – Таким образом, в 2014 г. из 1466 методов высокотехнологической помощи по 459 помощь будет оказываться за счёт средств ОМС, а по 1007 – за счёт средств федерального и региональных бюджетов. В этой связи в соответствии с положениями 317-го федерального закона приказом Минздрава России № 916 от 10.12.2013 утверждён перечень видов высокотехнологической медицинской помощи с указанием источника финансового обеспечения по каждому методу высокотехнологической помощи.

Д.Медведев при этом поинтересовался, почему на Урале, где

колоссальный промышленный потенциал, не налажено производство расходных материалов? Губернатор Свердловской области Евгению Куйвашеву было трудно ответить на этот вопрос. Поэтому он начал с того, что оптико-механический завод в Екатеринбурге производит прекрасное медицинское оборудование, искусственные почки, кувезы по выхаживанию недоношенных младенцев. Сегодня почти половина перинатальных центров в нашей стране имеют оборудование с екатеринбургской маркой. Что касается производства расходных материалов, то, заверил губернатор, фармацевтический кластер и медицинский холдинг «Юнон» проведут нужные исследования и попробуют их выпускать. Главный врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Минздрава России (Челябинск) Олег Лукин признал, что несмотря на большие объёмы выполняемых операций, на сегодняшний день не обеспечивается полностью потребность в них. Есть и проблема с своевременной диагностикой некоторых заболеваний. Зачастую в лечебное учреждение попадают люди с запущенными формами, которых гораздо раньше надо было направить на операцию.

Ещё одной болевой точкой остаётся трансплантология, длительность ожидания операции при которой определяется наличием донорских органов. Министерством здравоохранения РФ подготовлен проект федерального закона о донорстве и трансплантации органов. Сейчас заканчивается его широкое обсуждение в экспертном и пациентском сообществе. В январе 2014 г. приказ уйдёт на согласование с другими федеральными органами исполнительной власти. Министерство очень надеется, что это позволит выстроить единую национальную систему донорства и решит, в том числе, проблемы со взрослым и детским донорством.

Опыт регионов и предложения

Губернатор Тюменской области Владимир Якушев говорил о модели оказания ВМП в своём регионе. Он считает очень важным, чтобы администрирование всех мероприятий по высокотехнологической помощи проходило на уровне субъекта. Заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб предложил сформировать некоторые мероприятия в рамках государственной программы развития здравоохранения на долгосрочной основе. Учитывая, что инвестиции, которые нужно вкладывать в производство высокотехнологических расходных материалов, имеют срок окупаемости более 6 лет. Руководитель отделения неотложной нейрохирургии МНИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского Владимир

Как будет работать подушное финансирование?

Корреспондент «Медицинской газеты» попросил прокомментировать прошедшее заседание одного из его участников, генерального директора НМХЦ им. Н.И.Пирогова профессора Олега Карпова. Какие, на его взгляд, нужно принять меры, чтобы развитие высокотехнологической помощи не пробуксовывало?

– В последние пять лет на федеральном уровне в области ВМП было сделано очень многое, – ответил Олег Эдуардович. – В разы выросли объёмы квот (и много примеров этому было приведено на совещании), часть этой помощи, что не менее значимо, была перенесена на уровень субъекта, о чём тоже упоминалось, в территориальные медицинские учреждения. Это наиболее отработанные технологии (их немало), и наименее сложные пациенты стали получать ВМП у себя дома. Таким образом, выросла реальная доступность! Всё это было сделано, как извест-

но, за счёт конкретного финансового инструмента – субсидий с федерального уровня в субъекты. После упомянутого нововведения, мы – «федералы» – стали лечить более сложных пациентов, с использованием наших специально имеющихся для этого уникальных технологий и самых квалифицированных кадров... То есть федеральные медицинские центры стали ещё больше делать то, ради чего создавались. При таком правильном перераспределении потоков, как бы естественной и разумной сортировке, концентрации тяжёлых больных в федеральных клиниках качество оказания ВМП реально и закономерно выросло....

Это знают и к этому привыкли тысячи и тысячи наших больных. Ради них, в конечном итоге, мы и обсуждаем на президиуме совета эти важные вопросы...

Сегодня происходящие изменения в отрасли, являясь продолжением системного курса на новую структуру финансирования, безусловно, нацелены ещё больше на расширение доступности, но в основе этого расширения уже обратный механизм. Федеральным центром предложено активнее войти в ОМС и оттуда загружать свои технологические потенциалы объёмами ВМП. Если говорить о финансовом инструменте, теперь уже субъекты РФ должны возмещать наши федеральные затраты из своих территориальных программ. Проблемы в реализации этих планов понятны всем. Дело в том, что тарифы ОМС иногда в разы уступают федеральным нормативам ВМП. Между тем качество помощи не должно снижаться. К тому же, что опять хорошо для больных, регламент доступности к высокотехнологичной помощи упрощается. Достаточно полиса ОМС.

Но для медицинских учреждений снятия в системе ОМС фиксированных лимитов (объёмов) ВМП, как это существовало до сих пор, – это существенно новые правила работы, за которыми стоят иное планирование, обеспечение всех процессов. Другими словами, наши пациенты будут продолжать обращаться за ВМП, не задумываясь, из какого источника она финансируется (они и не должны об этом думать), просто имея на руках полис ОМС, а мы – федеральные учреждения – без пока доработанного конкретного механизма, в условиях финансового дефицита обеспечения помощи для наполнения её тем же качеством, будем в очень трудной и социальной, и управленческой ситуации.

Именно о механизмах решения этих проблем и вопросов, причём решения безотлагательного, и идёт сегодня речь. Самые важные методологические аспекты отражены в перечне поручений президиума совета. В нашем представлении, при классической ситуации, когда территориальные фонды в первую очередь должны поддерживать свою медицинскую сеть, совершенствование механизма должно первоначально пройти на верхнем, федеральном уровне. В этой связи, например, возможно рассмотреть страховой нормированный запас как аналог дополнительного государственного задания для ФГБУ в ОМС. Законодательство сейчас это предусматривает. Для этого нужен теперь регламент правительственного документа.

Надо сказать и о другом. Благодаря последней редакции приказа по ВМП нашего министерства в нём предусмотрены возможности использования высоких технологий за счёт двух финансовых источников – и федерального бюджета и средств территориальных про-

грамм ОМС. Используя эту позитивную возможность, НМХЦ им. Н.И.Пирогова планирует в сотрудничестве с Московской областью в 2014 г. в 1,3-1,5 раза увеличить реально общие объёмы ВМП. Потенциалы у нашего центра для этого есть, имеется востребованность этой помощи в Подмоскovie. Сегодня механизм дорабатывается в последних деталях. Это наш отдельный проект, подтверждающий в целом и стратегическую правильность, и наличие возможностей.

Корреспондент «МГ» поинтересовался у министра здравоохранения, не приведёт ли переход на подушевое финансирование поликлиник с 1 января нового года к сложностям с направлением больных на лечение в стационары, в том числе и для оказания высокотехнологичной помощи?

– Новый порядок не предполагает полного фондодержания, – уточнила министр. – Только при таком механизме все средства за прикрепленное население поступают в поликлинику. Специалисты лечебного учреждения решают тогда, что для поликлиники более целесообразно: пролечить больного в «родных» стенах или направить на госпитализацию в стационар. В принципе, позитивно такой механизм мог бы работать в случае полной финансовой обеспеченности, когда нет дефицита средств, квалифицированно и добросовестно работают врачи. Но сейчас речь идёт немного о другом. Мы говорим о новом механизме оплаты амбулаторной помощи. Он будет строиться по комплексному принципу. Большая часть тарифа будет зависеть от количества людей, проживающих на конкретной территории и выбравших для прикрепления именно это лечебное учреждение. Конечно, страховые компании станут применять штрафные санкции, если пациент, нуждающийся в госпитализации, будет поздно направлен в больницу. Тем более, если это привело к развитию какого-то осложнения. Следующий компонент, от которого будет зависеть доход поликлиники, оплата по тарифу за количество обращений и посещений. Он по-прежнему присутствует, но не является ведущим, как это было на протяжении долгого периода времени. Именно этот экстенсивный вариант вызывал много негативных вещей в оказании амбулаторной помощи. То есть врачу становилось выгодно принять как можно больше пациентов, не задумываясь о профилактике заболеваний. Иногда это приводило ещё и к припискам.

Вышеназванный комплексный подход считается золотым стандартом для амбулаторного звена во многих странах мира. Точно так же, как для стационарной помощи – оплата по клинко-статистическим группам. До этого подушевое финансирование внедрялось в качестве пилотных проектов в ряде территорий, но оно расматривалось в масштабах всей страны как один из альтернативных вариантов. Сейчас отличие в том, что оно прописано в законе с 2014 г. как единственный способ оплаты амбулаторной помощи. И он должен сделать выгодным профилактику заболеваний, особым образом оценивая общий уровень здоровья.

В конце совещания прозвучало веское слово министра: доступность высокотехнологичной помощи по-прежнему остаётся одним из приоритетов российского здравоохранения.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Тюмень.

НА СНИМКЕ: перед началом заседания.

Идея

На самой ранней стадии

Учёные убедили чиновников заняться профилактикой рака

В Новосибирской области подвели итоги первого года работы по программе диагностики мутаций, которые приводят к наследственному раку молочной железы. Программа имеет две особенности: она полностью разработана учёными Сибирского отделения РАН и получила статус государственной, то есть реализуется на средства областного бюджета (кстати, впервые в России).

Идея такова: всем пациенткам онкологического диспансера, которым поставлен диагноз «рак молочной железы» или «рак яичников», проводится анализ, позволяющий выявить генетические мутации, и если они обнаружены, то генодиагностика также проводится их родственникам. В случае выявления мутаций у родственников принимаются необходимые меры для своевременного распознавания у них болезни.

– Программа уникальна не столько в плане применяемых методик диагностики, сколько в том, что она наконец-то «дошла» до пациентов, – говорит один из авторов проекта, заместитель директора НИИ молекулярной биологии и биофизики Сергей Коваленко. – Результат в том, что у людей, которым «на роду написано» заболеть раком, мы сможем обнаружить опухоль на самой ранней стадии, когда излечение реально возможно.

Обычно дело ограничивалось тем, что у человека могла быть выявлена предрасположенность к онкологической патологии, а дальше он вынужден был оставаться с этим знанием один на один. Новосибирским учёным удалось убедить руководство Министерства здравоохранения и губернатора области в том, что люди, которые имеют фатальную предрасположенность к раку молочной железы и раку яичников, должны постоянно находиться под контролем врачей. Они имеют возможность не только пройти собственную генетическую диагностику на две самые частые мутации, связанные с наследственной формой рака, но и все дополнительные дорогостоящие диагностические исследования за счёт бюджета. В идеале – пожизненно, в реальности пока только в течение 3 лет: именно на такой срок рассчитана программа и выделено финансирование.

Идея профилактической программы родилась у биологов в ходе выполнения сугубо научной работы. Три года назад научные сотрудники Института молекулярной биологии и биофизики проводили популяционное исследование: они определяли спектр генетических мутаций, повышающих риск возникновения рака молочной железы и рака яичников и их частоту в популяции Новосибирска. Взяли образцы ДНК у 8 тыс. жительниц города и провели исследование на наиболее значимые мутации, связанные с наследственными формами рака молочной железы и рака яичников.

– Так мы узнали точные цифры распространённости частых и более редких мутаций в популяции и могли представить их организаторам здравоохранения. Вероятность того, что у носителей мутаций возникнет онкологическое заболевание, по разным оценкам, составляет от 70 до 90%. Понимая



это, мы не могли смириться с тем, что результаты работы останутся в рамках научного исследования, а не будут применены в медицинской практике, – поясняет Сергей Коваленко.

Чтобы вывести идею «в жизнь», учёные сами рассчитали финансовые параметры программы выявления женщин с очень высоким риском онкозаболевания и пришли в Министерство здравоохранения Новосибирской области не просто с идеей, но уже с её экономическим обоснованием: какое число онкологических больных и их родственников предстоит обследовать на наличие определённых генетических мутаций, какой объём дополнительных исследований потребует и сколько это будет стоить региональному бюджету.

Реакция чиновников была в целом положительной, однако на то, чтобы программа получила нужный статус и финансовое обеспечение, ушло 2,5 года. С июля 2013 г. в лаборатории генодиагностики на базе НИИ молекулярной биологии и биофизики начали исследовать первые образцы крови пациенток, которые уже состоят на учёте по поводу рака молочной железы и рака яичников, а также их родственников первой линии. Здесь проводится анализ на наличие самых частых мутаций, приводящих к наследственным формам онкологических заболеваний.

– За 6 месяцев диагностику прошли 850 человек. Результаты таковы: выявлено 55 человек – носителей мутаций, среди которых 39 – онкобольные и 16 – их родственники. Как и показывали наши расчёты, у родственников такого рода мутации выявляются примерно в 50% случаев, – констатирует учёный.

Теперь эти люди не выпадают из поля зрения онколога, а становятся на диспансерный учёт, и раз в год им предстоит проходить комплекс обследования: компьютерную томографию молочных

жёлёз, маммографическое исследование, УЗИ органов малого таза и биохимический анализ крови на маркёр СА-125. Эти четыре процедуры – таковы данные международных исследований – наиболее эффективны для обнаружения злокачественного новообразования на самой ранней стадии.

В том, что программа важна, у самих учёных Сибирского отделения РАН сомнений нет: рост онкологической заболеваемости в Новосибирской области за один год – почти 10%. И дай бог, говорят исследователи, чтобы с помощью профилактической программы удалось эффективно лечить хотя бы 1% таких случаев, выявляя наследственные формы опухолей на самой ранней стадии.

По признанию С.Коваленко, сегодня в институте размышляют над тем, как расширить данный проект, но уже на уровне технологии полногеномного анализа. Это позволит определять в разы больше мутаций, причём не только самых частых, но также более редких, «индивидуальных». Кроме того, у биологов есть намерение создать диагностическую панель, которая позволит анализировать все изученные формы наследственных онкологических заболеваний, включая четыре основные локализации – рак молочной железы, яичников, желудка и колоректальный рак. В каждой из этих патологий до 10% составляют наследственные формы. Имея такую панель, учёные смогут предложить практическому здравоохранению эффективную программу профилактики онкологических заболеваний на основе передовых технологий генодиагностики.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.

НА СНИМКЕ: онкологические патологии находятся на постоянном контроле у новосибирских специалистов.