

Реформа отечественного здравоохранения вышла на новый уровень, который трудно поддаётся осмыслению с позиций простой логики. С одной стороны, запланировано сокращение объёма финансирования здравоохранения из федерального бюджета за счёт увеличения части страховой медицины. Минздрав России называет это оптимизацией. Экспертное же сообщество уверено: уменьшение доли госказны в расходах на медицину не может быть компенсировано за счёт системы ОМС и региональных бюджетов, большинство которых дефицитны.

С другой стороны, глава государства требует продолжить преобразование в отрасли, но при этом обеспечить доступность, бесплатность и качество медицинской помощи для граждан России. Возможно ли это в данных обстоятельствах? С таким вопросом корреспондент «МГ» обратилась к директору Новосибирского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна Минздрава России, доктору медицинских наук, профессору Михаилу САДОВОМУ.

– Система здравоохранения действительно требует соответствующих корректировок с учётом произошедших изменений в законодательстве и в связи с готовящимся переходом на одноканальное финансирование. Однако есть ряд факторов, которые в настоящее время препятствуют тому, чтобы можно было выстроить формально эффективную систему здравоохранения и при этом не утратить ни доступность, ни качество, ни бесплатность медицинской помощи. Рассмотрим их по порядку.

Один из наиболее успешных секторов развития российского здравоохранения за последние годы – это сектор высокотехнологичной медицинской помощи. И число пациентов, прооперированных с использованием высоких технологий, и объём вложенных в эту сферу средств беспрецедентны для нашей страны.

Сравнивая ситуацию по эндопротезированию, стентированию, по другим высокотехнологичным операциям в России и за рубежом, могу сказать, что у нас система отлажена прекрасно: федеральные клиники владеют абсолютно всеми необходимыми базами данных, существует многоступенчатый и достаточно чёткий контроль движения пациентов в листе ожидания на высокотехнологичное лечение.

Как правило, больные ждут операцию всего 2-4 месяца, а если взять Великобританию, то это 2 года, в Германии тоже срок ожидания может достигать нескольких лет. И это, несомненно, заслуга Министерства здравоохранения Российской Федерации.

И именно сейчас, когда система ВМП достигла оптимума, мы оказались перед необходимостью серьёзных изменений. Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» меняет понимание того, что такое высокотехнологичная медицинская помощь. Стандартные в своей сущности технологии должны перейти в режим специализированной медицинской помощи, а к высоким технологиям необходимо отнестись ресурсоёмкие, роботизированные, клеточные и т.д. При этом закон о клеточных технологиях в России ещё нет, и, по разговорам, он будет принят лишь в 2017-2018 гг.

По нашей отрасли – травматологии и ортопедии – на сегодняшний день Росздравнадзором зарегистрировано всего три клеточные технологии, которыми мы в той или иной степени можем пользоваться. Следовательно, только они могут попасть в перечень высокотехнологичных видов медицинской помощи, и это в стране с огромным научно-техническим потенциалом.

Так, на базе Инновационного медико-технологического центра Новосибирской области в сотрудничестве с нашим институтом сейчас разрабатываются клеточные технологии, в частности, позволяющие замещать разрушенный хрящ при коксартрозе и гонартрозе II стадии, а не доводить ситуацию до IV стадии заболевания, когда уже

выбирать медицинскую организацию, работающую в системе ОМС, и он едет на лечение из Новосибирска в столицу. Помощь ему оказывается по столичным тарифам, а затем следует возмещение расходов со стороны новосибирского территориального фонда. Но! Кто будет отслеживать потоки пациентов, которые едут из одной территории в другую на лечение, кто будет контролировать объём полученной ими помощи, и хватит ли бюджета ОМС той территории, откуда едут пациенты, для того,

возникнет соблазн использовать протезы цементные, стоимость которых в два раза ниже, но и срок службы ограничен. А самое неприятное, такой протез будет крайне трудно удалить, чтобы выполнить реэндопротезирование.

Сам размер тарифа на сложные виды помощи – это ещё полбеда, вторая половина заключается в том, что бюджетное финансирование высоких медицинских технологий велось по принципу авансирования, то есть федеральные клиники получали ресурсы сразу на год и имели возмож-

вохранения, то есть выполнял роль регулятора финансовых потоков, но не фондодержания лечебных учреждений. Именно такая схема ГЧП существует в Великобритании: государство оплачивает оказание медицинской помощи пациентам, а инвестиции в развитие лечебных учреждений принадлежат бизнесу. Возможны варианты: в США лечение оплачивает частная страховка, в Германии – государственное страхование, в остальном тот же принцип.

В России частные финансо-

Авторитетное мнение

Не утонуть в экспериментах...

Слишком много радикальных перемен за короткое время – справится ли российское здравоохранение?



необходимо эндопротезирование сустава. Но из-за отсутствия правовых актов исследования остановлены на стадии доклинических испытаний.

Таким образом, есть технологии, есть специалисты, есть оборудование, но нет закона. И это – существующая проблема, осложняющая реструктуризацию системы ВМП и всю дальнейшую оптимизацию отрасли.

– Сегодня говорится, что 460 видов высоких технологий с 2014 г. перейдут в категорию специализированной медицинской помощи с финансированием через систему ОМС. Правда, по каким тарифам, пока неизвестно, но можно не сомневаться, что это будут тарифы «эконом-класса».

– Задержка с формированием тарифов во многом, с моей точки зрения, связана с неопределённостью наполнения территориальных фондов ОМС ресурсами, которые необходимы, чтобы закрыть эти потребности. К сожалению, действительно есть реальные основания думать, что вновь установленный тариф будет ниже, чем оплата высокотехнологичной помощи из бюджета.

– Как ваша клиника и другие федеральные учреждения, привыкшие выполнять работу на «отлично», будут справляться с теми же задачами в условиях усечённого финансирования?

– Это на самом деле вопрос вопросов, но есть в происходящем ещё одна опасность. Каждая территория разрабатывает свои тарифы на ВМП, которые теперь стали СМП, в соответствии с финансовыми реалиями регионального фонда обязательного медицинского страхования. К примеру, один и тот же вид ортопедической помощи может стоить 80 тыс. руб. в Новосибирске и 300 тыс. руб. в Москве или С.-Петербурге.

Закон даёт гражданину право

чтобы заплатить за их лечение?

Пока ни отработанного механизма, ни подзаконных актов для реализации задачи по переводу части высокотехнологичных видов помощи в систему ОМС нет. Поэтому в растерянности оказались и территориальные фонды ОМС, и минздравы регионов, и федеральные медицинские учреждения, и муниципальные учреждения здравоохранения. Ну а прежде всего – пациенты, их порядка 30% – именно столько, по нашим прикидкам, тех, кто с января 2014 г. «выпадает» из системы ВМП, финансируемой федеральным бюджетом.

– А формирование единых тарифов на все виды ВМП, переводимые в СМП, возможно? Или это нецелесообразно?

– Думаю, возможно и целесообразно. Здесь как раз требуются политика государства, политика Федерального фонда ОМС. Мы изучали опыт Финляндии, там выработан на большой территории единый стандарт и единый тариф, и те медицинские организации, которые могут в рамках этого стандарта оказать более качественную медицинскую помощь, становятся основными учреждениями, куда идёт соответствующий государственный заказ.

Поскольку я являюсь председателем координационного совета по здравоохранению межрегиональной ассоциации «Сибирское соглашение», мы будем пытаться выровнять подходы к формированию тарифов в регионах Сибири. Стремление территорий утверждать низкий тариф неизбежно вызовет проблемы с качеством медицинской помощи.

Один пример: стандартом эндопротезирования сегодня является установка пациентам трудоспособного возраста бесцементных протезов. Их качество так высоко, что повторная операция может никогда не понадобиться. В погоне за низкой ценой услуги

для маневра. Теперь такой возможности не будет, и может возникнуть остановка в лечении больных, если разрыв между оказанной пациенту помощью и финансированием из фонда ОМС составит месяц-два-три.

И ещё один фактор, который отягощает реализацию задачи по созданию эффективного здравоохранения, это переход на федеральную контрактную систему. Сама эта система тоже до конца пока не прорисована, отсутствует ряд важных подзаконных актов. Неподготовленность реформы госзакупок также вызовет у медицинских учреждений огромные проблемы в работе с поставщиками медикаментов, расходных материалов, техники.

– Ситуация уже необратима или она ещё управляема?

– Как сшить воедино требования Закона об основах охраны здоровья граждан, Закона об обязательном медицинском страховании, новую федеральную контрактную систему и переход на одноканальное финансирование? На мой взгляд, это крайне сложно, и беспроигрышным вариантом было бы запустить сначала пилотный проект в модельных территориях, где на базе нескольких учреждений смоделировать тарифы, стандарты, выстроить целиком всю технологию и организационно, и клинически, и финансово.

Пускай даже это займёт полгода, но данный переходный период необходим, он позволит избежать массы проблем и ошибок и адаптировать всё то положительное, что сделано Министерством здравоохранения РФ до сегодняшнего дня, к новым реалиям. Главное – в результате нововведений не должны пострадать Программа госгарантий и интересы пациента. Необходима серьёзная проработка данного вопроса, чтобы в условиях эксперимента не оказалась вся страна. Не утонуть бы нам в этих экспериментах...

– Михаил Анатольевич, не могу не спросить ещё об одной новации в экономике здравоохранения – государственно-частном партнёрстве, которое представляется эффективной стратегией инвестиций в отрасль. Пока доля ГЧП в здравоохранении России составляет всего 1% от всех проектов бизнеса и государства. Каковы, по-вашему, причины?

– Государственно-частное партнёрство – общемировой тренд и, я считаю, правильный. Суть заключается в том, что государство не хочет брать на себя обязательства по базовому бюджетному финансированию инфраструктуры объектов здра-

во ресурсы активно не идут на формирование таких проектов. В Новосибирской области, например, их пока только четыре: центры гемодиализа, работающие по госзаданию в объёме 30 тыс. процедур в год; частный медицинский центр «Авиценна», который взял в аренду у города здание роддома и проводит в рамках госзадания процедуру ЭКО; стоматологическая поликлиника № 6, которая получила в концессию здание и за это оказывает неотложную круглосуточную помощь жителям города; и Инновационный медико-технологический центр Новосибирской области, который построен на средства инвесторов и правительства Новосибирской области и тоже получает госзаказ на ряд высокотехнологичных видов диагностики и стационарных услуг. Вот, собственно, и всё.

Почему же отечественный бизнес не спешит вкладывать деньги в здравоохранение в формате ГЧП, а предпочитает просто «плодить» частные клиники? Потому что государственно-частное партнёрство воспринимается бизнесом как система гарантий оплаты медицинских услуг в рамках уже построенного лечебного учреждения. Когда у бизнеса была бы твёрдая уверенность в возмещении своих затрат, в здравоохранение пришло бы большое количество инвестиций. Пока такой уверенности у многих нет.

И всё-таки, выбирая между просто государственной и просто частной медициной, я предпочёл бы именно государственно-частное партнёрство как более перспективную для нашей страны модель. Недаром в программе развития здравоохранения каждой территории до 2018 г. заложено развитие ГЧП. Однако прежде данная модель должна быть чётко прописана законодательными актами, подкреплена определёнными гарантиями.

Кстати, государственно-частное партнёрство видится наиболее оптимальным вариантом дальнейшего существования клиник, входящих в структуру реформируемой Российской академии медицинских наук. Очевидно, что государство содержать клиники РАМН не может, перевод их на уровень муниципалитетов тоже нереален. Зато поиск солидных инвесторов и формирование соответствующего госзаказа на оказание медицинской помощи видится делом весьма перспективным.

Беседу вел
Елена БУШ,
с.б.к. «МГ».

Новосибирск.