

Ян Власов:

«Страховую медицину надо очеловечить»

За последние полгода в работе Общественного совета при челябинском Росздравнадзоре дважды принимал участие высокий гость — руководитель аналогичного федерального совета, доктор медицинских наук, сопредседатель Всероссийского союза пациентов и президент Общероссийской организации инвалидов — больных рассеянным склерозом, один из ведущих независимых отечественных экспертов в сфере управления и реформирования системы здравоохранения Ян Власов.



Ян Власов

Столичный специалист призывает входящие в совет пациентские организации активнее контролировать и публично оценивать качество медицинских услуг, взаимодействовать с общественными советами при других государственных органах. Пользуясь случаем, корреспондент «ЧР» задал Яну Владимировичу несколько вопросов, касающихся современной федеральной и региональной повестки российского здравоохранения.

ЧР В конце ноября прошлого года вы как сопредседатель Всероссийского союза пациентов вместе с руководителем Национальной медицинской палаты Леонидом Рошалем направили открытое письмо во все руководящие органы страны, протестуя против готовящегося сокращения расходов на здравоохранение с 3,7 процента от национального ВВП до 3,4. «Во многих странах Европы доля здравоохранения в ВВП превышает 9 — 12 процентов, что почти в три раза больше, чем в России. У нас финансирование на одного человека в год составляет около 350 евро, а во Франции и Германии — не менее 5000 евро», — отмечается в письме. До этих ли проблем сейчас российской власти?

ЯВ Скажу только, что и молчать нельзя. Реально оценивая ситуацию, я и Рошаль надеемся, что имеющийся сегодня в российском здравоохранении дефицит средств хотя бы не будет расти. Ожидаемо, что в сложившейся обстановке экономить средства начнут не с обороны — в первую очередь с социальной сферы. Хотя теоретически ведь остается возмож-

ность поддержать медицину из средств компенсационных фондов, золотовалютных резервов. Чем чаще мы станем указывать на серьезность проблемы — тем больше шансов, что позицию воспримут наверх.

ЧР Многие больные хроническими неинфекционными заболеваниями, например, диабетики, переживают из-за новой позиции Федеральной антимонопольной службы относительно закупок лекарств исключительно по международным непатентованным наименованиям. Теперь тендеры регионального минздрава идут только через МНН, и возникает боязнь, что вместо проверенного, порой десятилетиями, препарата будет чехарда из непонятных для твоего организма, ранее неизвестных, формальных аналогов. Кроме того, что вы скажете об идее создания большого, на всю страну, единого поставщика лекарственных средств?

ЯВ Сначала про единого поставщика. О том, что он нужен, изначально заговорили на самом высоком уровне власти. В условиях экономического кризиса, осложнения внешнеполитической ситуации плюсы от этой идеи действительно просматриваются. С другой стороны, она касается уже устоявшегося рынка, и для нынешних его игроков этот вариант развития — не из приятных. Конкуренция существующих поставщиков уже обеспечивала снижение цены от начальной на торгах часто на 20—30 процентов. Указывая на эффективность данного инструмента, представители бизнеса, общественные и многие государственные структуры относятся к проекту единого поставщика прохладно. Смысла и результатов будет

больше, по-моему, если такой поставщик примет обязательство по удержанию единой твердой коммерческой наценки, скажем, плюс 10 процентов к цене производителя. (Это будет и ему выгодно: экономия пойдет на масштабе — за счет таможи, складов, транспорта).

По замене лекарств. Никто не отменил возможность врача назначать пациенту препарат, который тому показан. Есть оговорка: выписывать лекарство доктор должен по МНН, но при наличии доказанных нежелательных явлений в анамнезе принимается коллегиальное решение под протокол, где указывается, что разницей в марках лекарственных средств несет угрозу здоровью и жизни гражданина, поэтому он должен получать препарат конкретно наименования. Эта позиция подкреплена несколько лет назад письмом той же ФАС. Закупать необходимые лекарства должен регион. В помощь больному в данном случае и специальные «Извещения о побочной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства» — образцы и инструкции по обращению с этими картами размещены на интернет-сайте Росздравнадзора.

ЧР Российское здравоохранение постепенно переходит на страховые принципы — насколько болезненным, по вашему мнению, будет этот переход?

ЯВ Чтобы нормально перейти у нас на страховую медицину, ее нужно очеловечить. На последний, шестой по счету Конгресс пациентов (в ноябре прошлого года) вынесли в тему форума и обсуждали понятие

«пациент-ориентированное здравоохранение». В Европе все-таки у врачей и системы здравоохранения в целом в приоритете — деньги. Переход в сторону Запада, на экономические страховые принципы, больно ударяет по нашей исторически сформировавшейся системе. Ведь у русского, советского, российского врача целью деятельности всегда был не рубль — было служение. Сейчас здоровье начали определять как товар и получили новые серьезные проблемы.

В контексте пациент-ориентированного здравоохранения мы выступаем за эффективность страхования. Не нужны промежуточные фирмы — ФОМС должен платить лечебному учреждению напрямую, без непонятного рассеивания денег. Недавно на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину» президент Владимир Путин констатировал, что страховой медицины в России так и не возникло, что страховые компании сегодня — посредник, а не защитник. По опросам, три четверти граждан считают, что данная форма неэффективна, а иногда даже деструктивна — в случае необоснованных штрафов, предъявляемых лечебным учреждениям. Или непрозрачная система тарификации, когда тарифы, бывает, и наповину не закрывают медучреждения реальную стоимость оказанных услуг. А в конце года страховщики порой оставляют больницам задолженность, которую региональные власти фактически вынуждают списывать. От этих долгов происходит и урезание зарплат медикам, а потом удивляемся, почему они уходят со своих мест. В общем, чтобы переходить на страховые принципы, нужно сделать их по максимуму

Около 350 евро составляет финансирование на одного человека в год в России, а во Франции и Германии — не менее 5000 евро

человеческими, сделать так, чтобы они служили — именно служили — гражданам и системе здравоохранения в целом.

ЧР В последних интервью вы много говорите о проблемах с региональными «горячими линиями» в сфере здравоохранения...

ЯВ Особое внимание к этой теме — следствие запроса власти и общества. Руководство страны очень заинтересовано в получении информации непосредственно от граждан, из этих соображений и задумывался несколько лет назад проект «горячей линии». К сожалению, исполнители на местах, взяв под козырек, зачастую подходят к делу формально. В некоторых регионах линии целыми веером — у минздрава, у Росздравнадзора, при общественных советах и так далее — и ни одна толком не работает. То на автоответчике, то до обеда или по другой какой-то причине. С точки зрения системности — я говорю про квалифицированный штатный персонал, методическую и аналитическую составляющие — процесс обстоит неважно. Вообще-то «горячая линия» дает возможность человеку в беде послать сигнал SOS и выплеснуть эмоции. Статистика обращений сюда характеризует ключевые проблемные точки в сфере здравоохранения. Власть, приступая к устранению проблем, повышает уровень доверия к себе (а доверия много никогда не бывает). Сейчас же те отрицательные моменты работы линий, которые мы видим, повторюсь, — формализация, отсутствие необходимых ресурсов, бессистемность — бьют по власти бумерангом. Получается, за что боролись... Вот поэтому вопрос об эффективности медицинских «горячих линий» становится таким острым.

Сергей Климаков