

«ПАЦИЕНТЫ НЕ ЗНАЮТ ПРО СВОИ ПРАВА, ПРО ОТКРЫВШИЕСЯ ПЕРЕД НИМИ ВОЗМОЖНОСТИ»

Онкология — одна из самых высокозатратных отраслей медицины. Госфинансирование закупок противораковых лекарств и оборудования увеличивается с каждым годом. **Дмитрий Борисов**, исполнительный директор некоммерческого партнерства «Равное право на жизнь», рассказал SR, как должен осуществляться общественный контроль за модернизацией здравоохранения в части лечения онкозаболеваний.



ДМИТРИЙ БОРИСОВ,
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ
ДИРЕКТОР НЕКОММЕРЧЕСКОГО ПАРТНЕРСТВА
«РАВНОЕ ПРАВО
НА ЖИЗНЬ»

SOCIAL REPORT: По логике существования общества о здоровье граждан должны заботиться Минздрав, страховые компании, сами пациенты в конце концов. Зачем нужна ваша организация, что она делает на рынке здоровья?

ДМИТРИЙ БОРИСОВ: Если изобразить процесс оказания медицинской помощи схематически, видно, что существуют врачи со своими знаниями, практикой лечения и пациенты, которые нуждаются в этой практике и знаниях. Над ними по идее должен стоять Минздрав и регулировать их отношения. На прак-

тике все выглядит несколько иначе: новые технологии, лекарства, научные разработки не доходят до всех врачей, и, как следствие, они не доступны пациентам. Понятно, что любая доступность неизбежно связана с деньгами. Если вспомнить, какая ситуация с финансированием лечения онкологических больных была в 2004 году, и сравнить с нынешней, видно, что финансирование за этот период выросло в 12 раз. Резкий, практически десятикратный рост объема бюджетных денежных поступлений произошел в 2005 году. И этот рост вызвал проблемы, связанные с эффективным использованием средств. Как определить отдачу от десятикратного роста финансирования — каждый врач должен принять в десять раз больше больных, чем раньше, или его пациенты должны жить в десять раз дольше?

В 2005 году уже существовали современные эффективные технологии лечения рака, связанные с новыми препаратами, позволившими заметно снизить смертность от онкозаболеваний в США и Западной Европе. Эти лекарства, обеспечивающие точечное воздействие на опухоль, требуют определенного опыта, знаний и возможности осуществления специальной диагностики для определения необходимости их назначения. Фактически в один день они становятся доступны тысячам пациентов в нашей стране. Но врачи не знают про эти лекарства, они не умеют ими пользоваться. Пациенты не знают про свои права, про открывшиеся перед ними возможности. Именно поэтому в 2005 году возникла необходимость создания для носителей этих знаний, экспертов, инфраструктуры для ликвидации информационных барьеров в этой области. В итоге некоммерческое партнерство было создано по инициативе руководителей научных центров, видных онкологов, понимающих, что им нужна площадка для осуществления коммуникаций с остальными врачами, с властью и для информирования пациентов.

Надо понимать, что если научные эксперты в центральных институтах относительно независимы, то врач на месте должен балансировать между назначением действительно необходимого лечения и имеющимися у него квотами. Тем не менее он остается врачом, осознающим свой долг, и каким-то образом он должен донести свои проблемы до коллег-врачей, до администрации клиники и региона, где он работает.

SR: На чьи деньги вы реализуете свои проекты?

Д. Б.: У нас несколько источников финансирования: нас поддерживают ведущие российские и зарубежные компании, а также мы активно разрабатываем социально значимые проекты для получения государственных грантов. Например, некоторое время назад мы выиграли грант администрации президента России и на эти деньги разработали программу информирования молодежной аудитории «Онкодозор». После проведения мероприятий в вузах мы слышали много благодарных слов от онкологов, поскольку студенты, прослушав наши выступления, просто брали за руку родственников и вели их в онкодиспансер на профилактический осмотр.

Эта программа хорошо себя зарекомендовала, и сейчас она переросла в более масштабную: мы организуем в регионах бесплатные профилактические осмотры, информируем о них население, поскольку многие просто не знают, где его можно пройти. Важно понимать, что такая кампания не должна заканчиваться только диагностикой. Вот выявили мы больного раком, и его надо вести дальше, помогать ему организовывать лечение.

Для иллюстрации ценности подобных акций приведу один пример. В Казани и Краснодаре в прошлом году прошли мероприятия по выявлению опухолей толстого кишечника. Мы планировали обследовать 1 тыс. человек в каждом регионе — так вот эта 1 тыс. записалась за четыре дня. И хотя мы остановили информационную кампанию, только в Казани на обследование пришли 1,8 тыс. человек. Конечно, мы договорились с партнерами о том, что все пришедшие получат обещанные услуги. Так вот из числа пришедших было выявлено 11 больных с онкологическими заболеваниями, но что еще важнее — 300 человек с предраковыми заболеваниями. Получив своевременное лечение, эти 300 человек уже не погибнут от рака толстого кишечника и не попадут к онкологу в ближайшее время. А за судьбой пациентов с выявленной в этих акциях онкологической патологией мы активно следим вместе с их врачами, для нескольких сложных случаев нами были организованы специальные консилиумы с участием специалистов федеральных центров.

SR: Чем «Равное право» отличается от других фондов?

Д. Б.: На момент создания нашего некоммерческого партнерства уже существовало несколько благотворительных фондов, успешно работающих и по сей день. И, создавая «Равное право на жизнь», мы решили отказаться от концепции адресной помощи больным. Это, безусловно, нужная и важная работа, но мы видим свою задачу в другом. Средства, которые мы привлекаем, тратятся на создание системных решений, за счет которых большое количество пациентов будут лечиться по-новому. Имея в руках новые технологии, врач может помочь большему числу больных. И это прекрасно понимают региональные власти.

SR: Лечить «по-другому» — это как?

Д. Б.: Есть большое количество онкологических заболеваний, и удельный вес каждого из них в смертности населения разный. Современные технологии, понятно, с разной эффективностью позволяют лечить разные виды рака. Скажем, рак молочной железы в принципе сегодня поддается стопроцентному излечению. А вот, скажем, рак легкого с такой эффективностью пока не лечится. Вопрос в том, как должны тратиться средства — можно потратить миллион на лечение 5 человек, и они проживут пять и более лет, или потратить эти же деньги на терапию 20 человек, понимая, что проживут они полгода. Что считать более эффективным использованием средств? Мы живем в реальном

мире, и люди, к сожалению, умирают от рака, и денег для полноценного лечения абсолютно для всех не хватит. Поэтому надо делать выбор. И наша задача — помочь экспертам разработать стандарты лечения, параметры принятия решения при назначении той или иной терапии. Это очень сложный процесс, и вместе с медиками здесь обязательно должны участвовать экономисты, юристы, специалисты в области фармакоэкономики. То есть практикующий онколог не должен сам считать, сколько денег он может потратить на того или иного больного — он должен исходить из стандартов лечения, которые и созданы для того, чтобы сочетать эффективное расходование средств и качественное лечение. При этом надо понимать, что мы не хотим противопоставлять свою деятельность работе Минздрава — мы общественная организация, мы стараемся работать вместе с министерством, помогать ему, являться катализатором тех положительных процессов, которые происходят в здравоохранении, и участвовать в разработке эффективных решений для существующих проблем.

SR: А как чиновники от здравоохранения относятся к вашей деятельности?

Д. Б.: Они хорошо к нашей работе относятся. Надо понимать, что подобное сотрудничество не российское ноу-хау. Во всем мире есть подобные гражданские институты, которые сотрудничают с властью, помогают ей, и власть к ним прислушивается.

Если посмотреть нашу законодательную базу, то видно, что законы-то очень хорошие. Только они не работают. У нас есть 890-е постановление правительства Российской Федерации, в котором написано, что регионы отвечают своим бюджетом в том числе и за финансирование медицинских программ. Но регионы ждут, пока федеральное правительство даст им денег. В тех регионах, где есть понимание проблем медицинского сообщества чиновниками, есть определенные результаты. Там понимают, что инвестировать надо в больных, которые имеют шанс на выздоровление. Но, к сожалению, в среде чиновников все еще устойчиво мнение, что если человеку поставили диагноз «рак», то завтра он обязательно умрет.

Есть некая сумма денег, которая тратится на лекарства против рака в нашей стране. Из них около 45% тратится на закупку лекарств для одного вида онкологических заболеваний, входящего в программу «Семь нозологий» — семь редких заболеваний, требующих затратной терапии, фактически закупку четырех лекарственных препаратов (подробнее о расходах на эту программу — на стр. 12–13). Если же взять структуру распределения онкологических заболеваний, то видно, что упомянутые выше 45% средств тратятся на лечение 5% из 2,5 млн онкологических больных. Но технология выделения и планирования денег на эти семь нозологий совершенно верная: всех больных посчитали по головам, определили стоимость лечения, выделили финансирование, если бы еще учитывали вновь появляющихся пациентов и проводили пересмотр заявок каждый месяц, то система была бы идеальной. Стоит терапия в рамках программы около 2,5 млн рублей в год, длится пожизненно. Столько же стоит и лечение рака молочной железы, при котором можно добиться полного выздоровления пациента, но больных там в десятки раз больше, а лечиться они должны в рамках гораздо меньшего бюджета. Еще один парадокс нашей системы здравоохранения в том, что для получения адекватного лечения надо стать инвалидом: пока пациент не оформит инвалидность, дорогостоящие пре-

параты будут ему недоступны. Это очень серьезная проблема: часто пациенты не хотят оформлять инвалидность, не понимая, зачем им это нужно, но бывают случаи, когда людям отказывают в получении инвалидности, для того чтобы не перерасходовать бюджет.

SR: Программа модернизации здравоохранения поможет решить эти проблемы?

Д. Б.: В целом программа модернизации здравоохранения очень хорошая. В ней понятно указаны критерии оценки эффективности. Скажем, в части онкологии говорится, что по итогам ее внедрения должно произойти снижение смертности от онкологических заболеваний у работающего населения, снижение годичной летальности с момента постановки диагноза и повышение пятилетней выживаемости. Но как добиться такого результата? Возьмем годовую летальность. В течение года с момента постановки диагноза больной чаще всего погибает, если диагноз был поставлен уже на поздней стадии развития болезни. Снизить летальность можно, если обеспечить необходимое лечение. Например, для рака молочной железы этот показатель может быть снижен почти в два раза, но это потребует времени для внедрения необходимой диагностической инфраструктуры и средств на лечение, которое должно назначаться с учетом персональных особенностей заболевания. Мы знаем больных, которым врачи давали не более трех месяцев, но они живы уже более пяти лет, а некоторые из них даже не принимают препараты, только ходят на профилактические осмотры. Это результат правильной, хотя и дорогой терапии. Так вот ее нужно обязательно включать в программу модернизации, если мы хотим действительно повлиять на эти показатели.

SR: Вы говорите о росте финансирования лечения онкологических заболеваний. Но ведь и средняя стоимость лечения тоже выросла...

Д. Б.: Средняя стоимость лечения, конечно, выросла, поскольку появились более эффективные современные и, соответственно, дорогие препараты. Просто больных стали лечить настоящими препаратами за настоящие деньги. Это как в СССР говорили, что «у нас СПИДа нет», пока не привезли системы диагностики и не выяснилось, что у нас уже почти эпидемия. Да, растет средняя стоимость упаковки препарата, но ничего страшного в этом нет, поскольку, становясь дороже, лекарство становится и более действенным. Конечно, вопрос цены на онкологические лекарства должен контролироваться государством.

Деньги в бюджете есть, вопрос в том, на что они будут тратиться. Мы смотрели бюджеты нескольких региональных программ модернизации здравоохранения — там закупки оборудования, строительство и т. п. А вот лечебные мероприятия и лекарственное обеспечение не прописаны вообще или прописаны весьма странно — ясно, что больных никто толком не считал, не анализировал потребности в том или ином препарате. Скажем, на территории с населением 3 млн человек и несколькими десятками тысяч онкологических больных планируется потратить 0,5 млрд рублей на лечение 1 тыс. человек с очень редким видом рака легкого. Конечно, нельзя говорить, что этих пациентов не надо лечить, только очень странно, что, кроме данной патологии, не предусмотрено финансирование на другие виды онкологических заболеваний. Избегать таких ситуаций можно только за счет общественного контроля за реализацией подобных программ. ■

Записал АЛЕКСЕЙ ХАРНАС