

здоровоохранение тенденции

Стандартный пациент

стратегия

Определены 1190 стандартов российского здравоохранения, которые охватывают все этапы лечения пациента. В течение двух лет Минздраву предстоит оценить обеспеченность стандартов лечения деньгами, поступающими из системы обязательного медицинского страхования.



По мнению экспертов, врач должен иметь возможность использования протокола ведения пациентов, где прописаны нюансы течения заболеваний

ФОТО ЕВГЕНИЯ ДУДИНА

Новое поколение

Главная задача модернизации здравоохранения была обозначена в президентском послании еще в мае 2004 года. В нем говорилось о гарантиях бесплатной медицинской помощи, о стандартах качества и о стандартах безопасности. В нем же были обозначены основные направления модернизации здравоохранения. В частности, в нем говорилось о необходимости создания единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС), о необходимости создания единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС), о необходимости создания единой системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Идею этого института занимает разработка и внедрением в национальную систему здравоохранения стандартов качества по оказанию медицинской помощи. Это существование и перечень лекарственных средств, подобный нашему ЖНВЛС (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты) — 37. Большое внимание уделяется оптимизации расходов на финансирование системы здравоохранения. Это экономический аспект преобладает над медицинским — отмечает директор по корпоративным связям и работе с государственными органами «АстраЗенка Россия» Юрий Мочалин. Стандарты — необходимая база для лечения, тем более что они становятся качественнее и грамотнее, в них появляются инновационные средства лечения, технологии, отмечает эксперт. Впрочем, у них уже накопились претензии к формированию стандартов, которые они называют «скалярными». Стандарты должны быть обоснованы публично, быть открытыми для обсуждения, а не закрытыми для обсуждения. А пока подходы к формированию стандартов просто отрицательные, — говорит президент Лиги пациентов Александр Саверский. При этом он отмечает, что ситуация со стандартами не надо превращать в абсурдную. Так, пациентам, живущим в бедном регионе, лечат по федеральному стандарту, а в богатом регионе — по улучшенному (регионам в рассматриваемом сейчас законопроекте «Об охране здоровья граждан» предлагается расширить список услуг и лекарств). Получается, что у нас как не было единой системы, так и не будет. Если по базовому стандарту лечат хорошо, зачем регионам вводить свой?

Другое предназначение стандарта, по словам главы Минздрава, — защита врача. Если он врач — 37, проведя лечение, по стандарту, то по качеству оказания медицинской помощи к нему не будут вопросы. Если же он нарушил стандарт и это нанесло ущерб здоровью пациента, — рассказывает 37 Татьяна Голикова. Однако у представителей медицинского сообщества к такой формулировке есть претензии, главная из которых — стандарты тормозят поиски врачом лучшей практики.

Протокол пациента «Голыми стандартами никого не вынешли. И врач должен жить не только стандартом», — уверен председатель общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре Ян Власов. По его словам, врач должен иметь возможность использовать среди прочего протокол ведения пациентов — методическую рекомендацию самого высокого научного уровня. В стандартах, объясняет господин Власов, прописаны основные средства, основные препараты, а в протоколах — нюансы течения заболеваний. «По сути, протоколы — это наиболее грамотный перечень возможных направлений диагностического и лечебного поиска, охватывающий все стороны жизни пациента. Однако протоколы не узаконены Минздравом на правах обязательного документа и экономически обременять их гораздо труднее», — уточняет Ян Власов. Однако, в таком случае они не учитываются при рассмотрении случаев ответственности врача. Тема с преобладанием перечня ЖНВЛС и стандартов пока тоже «плавают», а смысловая нагрузка перечня до конца не ясна, отмечают эксперты. Из планируемых к принятию указом законопроект следует, что наличие препаратов из списка ЖНВЛС в медицинских учреждениях гарантирует государство. Но в то же время перечень не инкорпорирует в систему нормативного регулирования на фармацевтическом рынке. «Стандарт лечения подготавливается под собой стандарт лекарственного обеспечения этого лечения. Стандарты — идея благая. Но как эти компоненты будут взаимосвязаны между собой? — задает вопрос глава представительства IPSEN Марина Велданова. — Сейчас ситуация такая, что это список — лимитирующий фактор для стандартов лечения и тендеров. Зачем тогда требует строгий набор препаратов? Пока официально утверждено только одна цель перечня ЖНВЛС — регулирование цен, хотя Минздрав трактует этот

перечень шире, чем зарубежные коллеги, — как основу для выбора препаратов, отмечают эксперты. Говорят о том, хороший или плохой список ЖНВЛС, бессмысленно. У нас нет официальной концепции представления в сфере применения этого перечня. За рубежом цель такого перечня — рациональный выбор, и только при такой трактовке этот перечень может быть тесно связан со стандартами», — говорит эксперт Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Андрей Мешковский. При этом он указывает на необходимость альтернативы при выборе ЖНВЛС. «В списке ВОЗ по каждому разделу, а их всего 27, есть основной список лекарств и дополнительный. Спривязывая альтернативы к препаратам, список увеличится на 25–30%. Это необходимый план „Б“, распространяемая практика ВОЗ», — отмечает господин Мешковский. С тем, что у врача должна быть альтернатива при выборе лекарства, соглашается Ян Власов. Одним из лекарственных средств, которые находятся в стандарте, человек не может быть выделен, уверен он. «Врачу должно быть выделено не иметь, а готовый перечень лекарств, прописанных в стандарте, а некую рекомендацию. Ведь на сегодняшний день существует очень много аналогов одних и тех же препаратов, имеющих примерно одинаковый репутацию», — отмечает гендиректор Nobel Biocare Russia Александр Смирнов. Еще одна важная вещь — обновление стандартов как минимум раз в полгода, для того чтобы туда попали инновационные препараты. Но для этого нужно принять регламент частоты смены стандартов. Пока покажется, что новые эффективные препараты, которые получают регистрацию в Минздраве, не включены в перечень ЖНВЛС и, соответственно, в стандарты. Это странная ситуация, это несправедливо», — говорит господин Власов. Минздрав, ограничивая препараты в стандарте, нарушает требование конкуренции. Не учитываются право врача на выбор терапии и право пациента на эту терапию, — критикуют «лекарственный» стандарт Александр Саверский. Если врач будет выбирать лекарство из списка, его могут уличить в коррупционном сговоре с

В России самый продолжительный больничный лист, самый низкий уровень продолжительности жизни и самый высокий показатель общего бремени болезней (DALY — сокращение от «Disability-adjusted life year») в Европе. Больше 20% ВВП ежегодно теряет экономика из-за плохого здоровья россиян. Если не реформировать существующую систему здравоохранения и не сделать лекарства более доступными для населения, в частности за счет введения системы лекарственного страхования, к 2020 году потери национальной экономики увеличатся вдвое.

Бремя жизни

экономика здоровья

Большая часть бремени болезней в Европе и России (64%) приходится на 24 заболевания. Это ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярная болезнь, униполярные депрессивные расстройства, шизофрения, остеоартрит, рак трахеи, бронхов и легких, инфекция нижних дыхательных путей, воспалительные заболевания кишечника, хроническое obstructive заболевание легких, рак желудка, рак толстого и тонкого кишечника, болезнь Альцгеймера и другие виды слабоумия, диабет, рак груди, дефицит йода, гипертоническая болезнь сердца, биполярное расстройство, шизофрения, астма, ревматоидный артрит, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, мигрень, рак поджелудочной железы. Большинство этих заболеваний хорошо поддается лечению современными препаратами, о чем свидетельствуют показатели стран ЕС.

Реальный индекс жизни

Ключевой характеристикой состояния здоровья населения является ожидаемая продолжительность жизни. Уже на протяжении нескольких лет этот показатель в России растет, но больших успехов в этом направлении все же не наблюдается. По данным Минздравсопразитвита, в 2009 году средняя продолжительность жизни выросла на 1,2 года и составила в среднем 69 лет.

Что, впрочем, по-прежнему на шесть лет меньше, чем в новых странах ЕС, и на 12 лет меньше, чем в развитых странах ЕС. К примеру, одним из самых высоких значений ожидаемой продолжительности жизни могут похвастаться Исландия, Норвегия и Швейцария: 78–80 лет — для мужчин, 83–84 года — для женщин.

Вторая важная характеристика здоровья нации — общий коэффициент смертности (по количеству смертей на 1 тыс. человек), который в России в полтора раза выше аналогичного европейского показателя: в 2009 году коэффициент смертности составил в России 14,2 на 1 тыс. человек, в то время как в странах ЕС в 2009 году он был на уровне 9,6.

Впрочем, все эти показатели официальной статистики иллюстрируют только количественный аспект потерь жизни из-за преждевременной смерти — и не раскрывают качественных оценок. А ведь понятно, что некоторые болезни из-за потери трудоспособности могут вести к утрате нескольких лет работоспособной жизни. Поэтому для более взвешенных оценок ВОЗ применяет индекс DALY (Disability Adjusted Life Year), который впервые использовал Кристофер Мюррей и Алан Ланс в 1996 году. Этот показатель состоит из сумм потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, и измеряет бремя болезней для человека, а соответственно, и для общества. Один DALY эквивалентен потере одного года здоровой жизни.

В России показатель общего бремени болезней в 2007 году составил 210 лет на 1 тыс. человек, в соответствии с Международным классификатором болезней, в то время как во Франции этот показатель составил 137 лет, в Германии — 100 лет, подсчитали в Ассоциации международных фармпроизводителей (АИФМ). Наибольшее бремя болезней (64%) в России приходится на 24 заболевания, в целом потери от этих недугов составляют 135 лет на 1 тыс. человек. В Германии этот показатель в 2,5 раза меньше, чем в России, и составляет 53 года, а во Франции в 1,6 раза меньше — 84 года. Самый высокий рейтинг по бремени болезней в России у ишемической болезни сердца: ее DALY-индекс составляет 38 лет на 1 тыс. человек, что в пять раз выше среднего показателя Германии и Франции. На втором месте — цереброваскулярные болезни — 27 лет на 1 тыс. человек, на третьем — униполярные депрессивные расстройства, 11 лет на 1 тыс. человек. Значения рейтингов болезней существенно превосходят данные по сравнимым странам — Германии и Франции.

Потери ВВП

Если еще некоторое время назад никто серьезно не задумывался о взаимосвязи между здоровьем населения и экономическим ростом, то сейчас на фоне глобализации, обостряющейся конкуренции и ухудшающейся демографической ситуации эта взаимосвязь становится все очевиднее. И даже несмотря на то, что подсчитать экономические последствия для страны из-за болезней и нетрудоспособности ее граждан чрезвычайно сложно и эти расчеты носят скорее теоретический характер, все больше данных свидетельствуют: экономический рост ухудшает здоровье населения, а в свою очередь плохое здоровье граждан подрывает этот самый рост, что приводит к снижению производительности труда.

Эксперты Европейской организации по системе и политике здравоохранения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в своей работе, посвященной экономическим последствиям заболеваний и травм в России, отмечают, что именно плохое состояние здоровья россиян снижает производительность труда в последние годы. Напомним, что производительность труда в РФ в три-четыре раза ниже, чем в развитых странах.

Между тем существуют вполне определенные оценки потерь экономики по причине нездоровья граждан. Согласно расчетам АИФМ, российская экономика из-за плохого здоровья населения ежегодно теряет около 20% ВВП. Например, в 2007 году потери составили \$270 млрд. Более того, эксперты АИФМ ожидают ухудшения ситуации и роста издержек национальной экономики (в 2020 году потери ВВП увеличатся вдвое — до \$504 млрд) в случае, если не будут модернизированы системы здравоохранения и лекарственного обеспечения.

Но даже если не считать экономических потерь в масштабах страны, то, к примеру, из-за болезней работники издержки несут непосредственно предприятия как прямые — в виде оплаты двух первых дней больничного листа, так и косвенные — в виде снижения производительности во время отсутствия работника. При этом российским работодателям повелевать меньше, чем европейским: их работники болеют дольше. По данным Европейской организации по системам здравоохранения ВОЗ, в России по бременю болезней в среднем десять рабочих дней в год на одного работающего, а в странах, вступивших в ЕС 1 мая 2004 года, этот показатель составлял менее восьми дней. Издержки из-за пропуска рабочих дней по болезни в России составляют, по данным ВОЗ, 0,5–1,37% ВВП. В последние годы выросли и расходы Фонда социального страхования России на выплаты больничных — с 61,8 млрд рублей в 2002 году до 104,6 млрд рублей в 2007 году.

Лекарства — людям

Большинство заболеваний, из-за которых экономика несет наибольшие потери, поддаются медикаментозному лечению лекарствами нового поколения, уверены в АИФМ. Однако в России, в отличие от стран ЕС, такие лекарства применяются мало. Впрочем, даже если не брать в расчет новейшие препараты, то нормальное — на уровне развитых стран — обеспечение населения лекарствами в амбулаторных условиях позволяет снизить заболеваемость и число госпитализаций. Но тут существует серьезная проблема — чрезвычайно низкая обеспеченность россиян лекарствами.

По данным АИФМ, для расходов на лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении составляет в России около 0,9% ВВП, во Франции и Германии — 1,7% и 1,4% соответственно. Средняя интенсивность медикаментозного лечения почти вдвое ниже, чем во Франции и Германии. Если сравнить уровень потребления лекарств в России и европейских странах, то можно смело говорить о недостаточности лекарственного обеспечения россиян.

По данным компании DSM Group, в России потребляется лекарств на \$82 на душу населения в год, в то время как в странах Евросоюза — на \$250 на душу населения в год. В США в среднем лекарства потребляют на \$704, а Канаде — на \$498, во Франции — на \$459, в Германии — на \$411, в Великобритании — на \$223.

При этом примерно 70% потребления лекарств обеспечено за счет собственных средств населения, подсчитали в DSM Group. Учитывая низкие доходы граждан, а по данным Вессейского центра уровня жизни, за время кризиса доля бедных в нашей стране выросла до 24,3%, лекарства многим россиянам просто не по карману.

Сделать лекарственные средства при амбулаторном лечении доступными для всех потребителей, а для определенных групп льготников, как сейчас, возможно в системе всеобщего лекарственного страхования, которая успешно работает практически во всех странах Западной Европы и в США. Такую систему эксперты давно предлагают ввести в России. При этом идея по поводу механизмов реализации лекарственного страхования предлагаются самые разные.

Почти фантастической из-за низких доходов населения (среднемесячная зарплата в 2009 году в РФ составила 18,7 тыс. рублей — чуть более \$600) кажется идея введения лекарственного страхования за счет гравитации. Для бюджета идея тоже, мягко говоря, не дешевая.

Для того чтобы профинансировать рынок репутационных лекарств, применяемых при амбулаторном лечении, к 2020 году необходимо \$26,5 млрд, считают в АИФМ. Поэтому предлагают софинансирование — 50-процентную доплату к средствам населения, в том числе за счет взносов работающих граждан и \$50 — для неработающих. Предлагают в АИФМ и другие варианты, в частности повышение размеров акцизов на табак и вино-водочную продукцию — это хоть и снижает стоимость лекарственного страхования для граждан, но незначительно.

С необходимостью введения лекарственного страхования согласны и чиновники из здравоохранения. Несколько лет назад даже назывались сроки введения системы — 2010 год. Однако государство до сих пор не придумало, как это сделать, а из-за кризиса вообще отложило реализацию этой идеи. Так что создание и реализация концепции лекарственного обеспечения населения, которую готовит Минздравсопразитвита, и в которой подробно рассматривается тема лекарственного страхования в России, отложены как минимум до 2013 года.

Дарья Николаева