

# здравоохранение практика

## Доктор прописал

### администрирование

Руководитель департамента здравоохранения города Москвы **Леонид Печатников** рассказал о том, как он уменьшает закупочную стоимость медоборудования и цены на лекарства, снижает детскую смертность и проводит модернизацию столичного здравоохранения, а также о том, как относится к угрозам в свой адрес.

**— Что изменилось в системе здравоохранения Москвы с вашим приходом (с декабря 2010 года)?**

— До работы в правительстве Москвы я никогда не был чиновником. Всю жизнь я лечил больных. Возглавив департамент, самые большие проблемы, которые я увидел, — это проблемы на уровне поликлинических врачей и поликлиник, а именно полное отсутствие преемственности между амбулаторно-поликлиническим звеном и стационаром. Я провозгласил курс на сближение системы организации здравоохранения с интересами лечащих врачей и главным образом больных.

Мы должны понимать, что если во всем мире 70% проблем решает амбулаторно-поликлиническая сеть и только 30% нуждающихся идут в больницы, то сегодня мы отправляем в больницу даже тех, кто вполне может лечиться и дома, и в поликлинике. Эту тенденцию нам надо переломить.

**— В чем заключается реорганизация?**

— Мы расширяем сеть консультативно-диагностических центров. Вообще, их создание не моя идея, а Евгения Ивановича Чазова, когда он был министром здравоохранения. В этих хорошо оснащенных амбулаторных центрах пациент поликлиники получает возможность доступа к высокотехнологичной технике. Сейчас таких центров в Москве всего шесть. На такой гигантский город этого явно не достаточно.

Поэтому первая задача — создание на базе крупных поликлиник новых амбулаторных центров. К концу 2012 года их должно стать 48, то есть это в восемь раз больше, чем сейчас. На каждый из этих центров будет замыкаться три-четыре участковых поликлиники. То есть доступность к высокотехнологичной медицинской помощи будет увеличена в восемь раз.

Кроме того, мы создаем сеть с четкой вертикалью в наркологии, психоневрологической помощи, дерматологии, онкологии. Например, ранние кожно-венерологические диспансеры жили как удельные князья — сами по себе. Мы создали единый научно-практический центр, который осу-

ществляет методическое руководство, все диспансеры стали его филиалами. Сейчас, в какой бы диспансер человек ни обратился, его вылечат по единому стандарту. Мы реанимируем онкологическую помощь за счет того, что к каждой крупной многопрофильной или специализированной больнице присоединяем онкодиспансеры как амбулаторные поликлинические звенья. Человеку не надо бегать по Москве, искать, где его вылечат: он попадает в систему.

**— Москва утвердила большую программу модернизации здравоохранения на пять лет стоимостью более 1 трлн рублей. Каковы ее основные задачи?**

— Первая задача — это улучшение материально-технической базы, ремонт и оснащение медучреждений новой техникой. Вторая — информатизация. Представьте, что вы пришли в участковую поликлинику, вас посмотрел врач-невролог и сказал, что вам надо сделать компьютерную томографию. Но в поликлинике нет компьютерного томографа, он стоит в базовом амбулаторном центре. Врач согласовывает с вами время, когда вам удобно ее сделать, и со своего рабочего места вас записывает. Вот это одно из немногих, что мне очень дорого в информатизации. В поликлиниках мы устанавливаем инфоматы. Мэр поставил четкую задачу, что интернет-запись на прием к врачу и единая электронная регистратура должны заработать уже в этом году. Другая задача — это повышение стандартов. И повышение зарплат медработникам.

**— А денег хватает?**

— Очень важно их потратить с умом, не разбазарить, не дать возможности разворовать. Это задача, которую в первую очередь поставил мэр. Сейчас идут большие строительные работы. Капитальным строительством занимается соответствующий департамент. Что же касается текущих ремонтов, то за прошлый год на это мы сэкономили около 12% бюджетных ассигнований, сумели более 100 объектов отремонтировать дополнительно.

Мы в прошлом году начали покупать оборудование не только для крупных ста-



На машину Леонида Печатникова однажды чуть не упала подлиленная сосна. Водитель вовремя затормозил. Неудавшееся покушение и намеки на то, что борьба с коррупцией небезопасна для жизни руководителя московского департамента здравоохранения, вынудили его обратиться за помощью в ФСБ. Фото Людмила Зинченко

ционаров, но и для поликлиник. Москвичи получают в свое распоряжение высокотехнологичную технику, включая компьютерные и магнитно-резонансные томографы. Если нам удастся до конца года завершить это оснащение и реорганизацию всего амбулаторно-поликлинического звена, то думаю, что любой москвич это на себе почувствует.

**— Как вам удалось снизить цены при закупках?**

— Я пришел из частной клиники, где все такое же оборудование покупалось не за государственные деньги, а за свои кровные. Я увидел, что все это можно купить минимум вдвое дешевле. Тогда я вернулся в свою частную клинику и обратился к ее владельцам, которые этим занимались. Я говорю: ребята, вы покупали за свои кровные, купите за эти же деньги городу, я же тогда могу за цену одного компьютерного томографа купить два. Они посмотрели объемы и сказали, что при таких объемах они могут купить даже дешевле, чем себе. В итоге цены были снижены минимум в три раза, а по некоторым позициям — в десять раз.

Например, самая распространенная машина для поликлиник компьютерный томограф 64 среза последний раз до кризиса

2008 года был куплен за \$7 млн. Я купил такие компьютерные томографы последнего поколения 64 среза за \$700 тыс. Почему так произошло? Снизил ли цены производитель в десять раз или потому, что была такая оптовая закупка, мне сказать сложно. Это был конкурс, на который было подано девять заявок от практически всех производителей. Компьютерный томограф 80 срезов фирмы «Тошиба» — один из самых современных в этом классе. Это выше класс, чем томограф 64 среза, который два года назад был куплен за \$3.6 млн. Нам удалось купить его за \$1.1 млн.

**— Все-таки как же удалось так снизить цены?**

— Я понимаю это так, что на рынке появились новые поставщики, которые работали, извините, по европейским стандартам, с маржинальностью не в 200%, не в 300%, а с нормальной европейской маржой в 15%, а чистой — порядка 7–9%. Поэтому все эти торги и были таким шоком для рынка. Вслед за этим цены начали падать по всей России.

**— Проходила информация, что у вас есть предпочтения к определенным компаниям. Связывали новых поставщиков с Европейским медицинским центром, где вы раньше работали.**

— Я в первую очередь был главным врачом этой клиники («МЦ — „Б“»). Во вторую — мелким акционером: имел 2% акций в Европейском медицинском центре. Когда пришел на эту должность, я их продал, как от меня требует закон. Компании-поставщики с Европейским медицинским центром не имеют ничего общего, кроме одного: собственников компаний одни и те же. Возникнет ли у меня конфликт интересов? Как вы понимаете, все, что я буду говорить, это будет голосование, правда? Но поделиться со мной своей маржой в 6% или 7% они мне не предлагали. Я еще раз говорю, что эти люди мне не родственники, их даже трудно назвать партнерами по бизнесу. Я был у них, по сути, наемным работником. Они были моими работодателями.

**— А к вам действительно приходили и предлагали взятки?**

— Ко мне никто не приходил, потому что я никого не принимал. С первого дня у меня было табу на приход в мой кабинет любых поставщиков, как медикаментов, так и медоборудования. Мне звонили и предлагали дружбу. Но, вы понимаете, для дружбы с этими людьми я уже старею, у меня уже сформированный круг друзей, поэтому новых друзей, особенно из этого бизнеса, мне не нужно. Потом мне начали намекать на то, что, в общем, это небезопасно. (На маши-

ну Леонида Печатникова однажды чуть не упала подлиленная сосна. Водитель вовремя затормозил. — „Б“). Я и сейчас понимаю, что это небезопасно. Но что мне остается делать? Либо надо все это бросить, либо уже надо попытаться довести это до какого-то логического конца. Я, правда, не такой уж смелый, поэтому, когда начались какие-то угрозы, я сказал об этом мэру, мэр связался с ФСБ. Сейчас у меня в департаменте работают сотрудники ФСБ, отслеживают всю тендерную документацию. И, как мне было сказано, они за мной присматривают. За что я им, конечно, благодарен. Им и мэру.

**— Как складывается ситуация с закупками лекарств?**

— Во-первых, мы полностью изменили систему закупок лекарств. Все торги по лекарствам проводятся только на электронных аукционах. Во-вторых, по прямому указанию антимонопольной службы мы стали проводить электронные аукционы по принципу «один лот — одно международное непатентованное наименование». Поэтому нам удалось снизить цены накупаемые лекарства почти на четверть. Сегодня экономия бюджета по закупкам медоборудования, по данным департамента экономической политики города Москвы, составляет 36,7%. То есть это почти 6 млрд руб. Но в результате вместо 6 поставщиков лекарств мы получили 66. Поставщики цены оказались ниже, однако мы стали более зависимы, что какого-то одного лекарства может и не быть.

**— Как вы можете оценить качествокупаемых лекарств?**

— Я хотел бы этого не комментировать.

**— Почему?**

— Мы делаем госзакупки только на те лекарства и оборудование, которые зарегистрированы в Минздраве РФ. Приходят на аукцион авторы разработок с самым дорогим, оригинальным препаратом и приходят компании, предлагающие дженерики. Мы покупаем самое дешевое.

**— Но не лучшее лекарство?**

— Думаю, что, может быть, не лучшее. Приведу пример. Есть лекарство для разжижения крови, знакомое многим пациентам, — плавикс. Если вы зайдете в любую аптеку, то вы увидите, что 28 таблеток этого лекарства стоят 4,5–4,7 тыс. рублей. Мы закупили по химическому названию и по дозировке то же самое, что и плавикс, но за 270 рублей. Меня интересует: может ли это быть одно и то же лекарство? Это полный аналог плавикса? При цене в 20 раз дешевле, сомневаюсь, но не купите не могу.

**— Поскольку по закону должны купить препарат с низкой ценой?**

— Да. Поэтому требования к каждому новому зарегистрированному лекарству и каждому новому зарегистрированному медицинскому прибору должны быть в сотни раз повышены. Регистрировать для обращения на фармрынке надо только те лекарства, которые показали свою эффективность, только самые лучшие, тогда не будет проблем ни с конкурсами, ни с аукционами, ни с коррупцией. Это нужно для того, чтобы мы понимали, что не купили дрянь. Но пока это не так, модернизация здравоохранения невозможна без ручного управления.

**— Что вы делаете, чтобы окончательно исправить ситуацию?**

— Со следующего года мы полностью меняем принцип закупки лекарств. Из ГПТ «Столичные аптеки», которое будет реструктурировано и приватизировано, мы выделим 76 аптек как бюджетных учреждений. Они будут выполнять социальную функцию, торгуя наркотиками и сильнодействующими лекарствами. Вы понимаете, что не каждая аптека за это берется. Также на эти аптеки будет возложена функция распространениякупаемых нами льготных лекарств. Со склада лекарства будут развозиться в эти аптеки, а дальше — в киоски ближайших поликлиник. И если вдруг не хватает какого-то лекарства, то в течение часа-двух из соседней аптеки оно может быть доставлено. Мы надеемся, что уже никаких срывов поставок лекарств не будет.

**— Поскольку вводятся стандарты качества медицинской помощи, вы заявили, что в столице стандарты медицинской помощи будут отличаться от стандартов, которые будут в других регионах?**

— Сегодня федеральный тариф подушевого финансирования ОМС на одного человека — 7044 рублей в год. Московский норматив отличается от федерального примерно в три раза: он составляет около 20 тыс. рублей. Главное, что мы актуализировали московские стандарты от 1998 года, прежде всего оторвав стандарт от сроков пребывания больного на койке. Мы попросили определить законченность случая не цифрой, которая стоит в стандарте, а консилиумом врачей. То, что пациент выздоровел, должны решать врачи, а не цифры.

**— Какие сложности вы ожидаете в связи с проводимой модернизацией?**

— Статистические. Мы оснащаем медучреждения очень хорошим оборудованием, и, как это ни парадоксально, заболеваемость может увеличиться за счет выявления новых болезней.

Беседовала Дарья Николаева

# АМИКСИН. КОГДА НУЖНО ВЫЗДОРОВЕТЬ «ПО-БЫСТРОМУ»



РЕКЛАМА. ОАО «Фармстандарт-Томскхимфарм». РУ: ЛСР-000175/08

**Эффективно  
стимулирует  
защитные силы  
организма  
при простуде**

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО  
ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ  
ИЛИ ПОЛУЧИТЬ КОНСУЛЬТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА.

## Стерилизация рынка

### регулятор

(Окончание. Начало на стр. 17)

Впрочем, все же главное, что сейчас особенно остро волнует отрасль, — это отсутствие базового законодательства. В законе «Об основах...» фактически не раскрываются механизмы регулирования обращения медицинских изделий. С конца прошлого года по поручению правительства и при поддержке Минпромторга, Федеральной антимонопольной службы, Минобороны отраслевые ассоциации принялись заново готовить разрабатываемый более десяти лет законопроект «Об обращении медицинских изделий». Предполагается, что закон будет по-новому регламентировать работу всей отрасли и будет гармонизирован с принятым законом «Об основах...».

Главное, чего ждут от разрабатываемого закона участники рынка, — это измене-

ние системы допуска на рынок медизделий и изменение системы пострегистрационного контроля. Юрий Калинин считает, что прежде всего должна быть упрощена процедура регистрации, а контроль и ответственность как производителей медизделий, так и экспертизы усилены, потому что «везут из Юго-Восточной Азии инструменты из нержавеющей стали, которые после одной стерилизации ржавеют».

Сейчас допуск на рынок чрезвычайно затруднен, отмечают участники рынка, очень много барьеров, а процедуры тестов и испытаний дублируют друг друга. Например, все медицинские изделия должны в обязательном порядке проходить процедуру технических и токсикологических испытаний дважды при получении необходимых разрешительных документов.

«Международная концепция обращения медизделий состоит в том, что все технологии и изделия, разработанные по признанным международным стандартам разработки и производства, попадают на рынок быстро и оцениваются в реальной клинической и диагностической практике. В случае возникновения каких-либо проблем производителя ждут серьезные проверки и инспекция производства со стороны надзорных органов. На рынке тогда остаются эффективные и безопасные технологии, а производители серьезно относятся к тому, что они выпускают на рынок, — рассказывает госпожа Третьякова. — У нас же сейчас этакая старая советская система: попасть на рынок крайне сложно и затратно, но зато потом минимум контроля и надзора за теми изделиями, которые уже находятся на рынке».

Дарья Николаева

## Обязательная доля

### страхование

(Окончание. Начало на стр. 17)

Например, в заявлении, которое необходимо заполнить при выборе или смене страховой медицинской компании, гражданину нужно поставить четыре подписи, тогда как при получении, например, загранпаспорта достаточно расписаться всего один раз!

Некоторые нормативные документы нелогичны, а порой вызывают элементарное недоумение. Например, в приложении к письму Федерального фонда ОМС «О реализации приказа ФОМС №230» указано, что, если медицинская организация не создаст официальный сайт в интернете, ее накажут штрафом, а суммы штрафов очень даже немаленькие. При этом, как известно, программа ОМС во многих регионах дефицитна, в бюджеты больниц затраты на разработку сайта изначально не были заложены. Получается, что некоторые требования и выполнить то невозможно.

**— Существуют ли до сих пор в законе какие-либо уупущения?**

— Есть, и немало. Например, в типовом договоре о финансовом обеспечении ОМС говорится, что одним из оснований отказа в предоставлении страховочного средств нормированного страхового запаса является «отсутствие средств в территориальном фонде». Что делать в такой ситуации — неизвестно, порядок действий не прописан.

Страховые организации запрашивают эти средства только в случае срыва стандар-

тного графика финансирования. Если средств в этом случае будет недостаточно, то больницы и поликлиники не получат денег. В условиях прежнего закона страховые компании формировали страховые резервы на такие случаи кассового разрыва.

Теперь это запрещено законодательством, проблема повисла, больницы могут остаться без полного финансирования, врачи — без зарплаты, больные — без медикаментов...

**— Что вы можете сказать об официальном рейтинге страховых компаний?**

— Федеральный фонд опубликовал на своем официальном сайте критерии и методы составления рейтинга СМО и первый вариант рейтинговой таблицы. Как профессиональное объединение, мы не можем согласиться с рядом показателей, а главное, с их интерпретацией. Оценивать деятельность страховой компании и присваивать ей место в рейтинге в конкретном регионе по показателям, например, обеспеченности пунктами выдачи полисов или эффективности судебной деятельности, не учитывая ее доли на рынке, несколько необъективно.

Рейтинг информирует граждан о деятельности СМО и должен отражать объективные показатели. Свои замечания мы передали в федеральный фонд. Если они будут признаны существенными, полагаю, мы увидим на официальном сайте фонда несколько иную таблицу.

**— Существуют ли затруднения в каких-либо регионах в выборе СК?**

— Просто есть регионы, в которых исторически сложилась стопроцентная монополия той или иной страховой медицинской организации: республики Адыгея и Тыва, Чечня и Ингушетия, Псковская и Тамбовская области. Изменить положение в этих регионах не только за один момент — за несколько лет невозможно.

Во-первых, о намерении войти в систему ОМС того или иного региона СМО должна предупредить до 1 сентября года, предшествующего началу работы. Во-вторых, как ни крути, страховая компания — это коммерческая организация, которая в основном живет на те средства, которые ей перечисляются как комиссия. Что касается подавляющего большинства регионов, то в них работает от двух до пяти компаний — местных и федеральных. Есть из кого выбрать.

**— Как, на ваш взгляд, выглядят перспективы страховой медицины?**

— Мы оптимисты, без этого нельзя работать в социальной сфере. Мы верим, что нам, страховщикам, вместе с руководством Минздрава и Федеральным фондом ОМС при поддержке правительства удастся вначале откорректировать слабости и откровенные огрехи начального этапа реформы системы ОМС. Одновременно с этим необходимо прорабатывать новую систему медицинского страхования, безусловно включающую в себя рисковую составляющую. Мы надеемся на лучшее и начинаем совместно с представителями научных кругов прорабатывать различные модели.

Беседовала Ольга Иванова