Когда появятся информационные базы пациентов, донорских органов и тканей в целях трансплантации | 16

3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Четверг 3 декабря 2015 №223 (5733 с момента возобновления издания) kommersant.ru

14 Как себя чувствовали сердечники в рамках года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

15 С чего начнется разработка национальной стратегии по борьбе с неинфекционными болезнями

16 Что будет с пациентами в процессе финансового передела на российском рынке инсулина

16 Кто и когда получил в России первый GMP-сертификат

Главный удар по российскому здравоохранению придется на 2016 год. В течение предыдущих семи лет расходы на здравоохранение составляли 3,7% ВВП, в 2015 году расходы на здравоохранение в России снизились до 3,4% ВВП, а на 2016 год запланировано 3% ВВП. Как итог перечень бесплатных медицинских услуг пересмотрят и подсократят. Платные услуги станут дороже, в результате медицина, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, перестанет быть доступной для еще большей части россиян.

Квотирование госгарантий

— ВМП —

Тарифная проходимость

Одним из показателей уровня развития здравоохранения является качество и доступность высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), которая в нашей стране входит в программу государственных гарантий, но в условиях дефицита бюджетных средств, которых на всех не хватает, оказывается по так называемым квотам. Ежегодно Минздрав РФ утверждает около 1,5 тыс. видов ВМП, для каждого из которых устанавливаются соответствующие тарифы (стоимость лечения), после чего, исходя из имеющихся бюджетных средств, рассчитывается число больных, которых можно пролечить на эти деньги. Объемы медицинской помощи с привязанным к ним финансированием (квоты) ежегодно распределяются по регионам исходя из их заявок. Подобная практика называется государственным заданием на ВМП. На деле же объемы ВМП, указанные в заявках, подгоняются под объем квот, выделяемых тому или иному региону. Но даже эти заявки не удовлетворяются в полном объеме. Не меньшей проблемой, напрямую связанной с дефицитом финансирования отрасли, является заниженность тарифов. Тарифы на оказание ВМП в России ниже соответствующих тарифов в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в которую входят 34 экономически развитые страны Европы. Например, федеральный тариф на восстановление проходимости сосудов сердца (аортокоронарное шунтирование) в России в 2,1 раза меньше, чем в странах ОЭСР ($8,3 тыс. и $17,4 тыс. соответственно). Стентирование сосудов сердца оплачивается на 19% ниже ($6 тыс. и $7,4 тыс.). Операция по замене коленного или тазобедренного сустава в РФ стоит на 35% меньше, чем в странах ОЭСР ($5 тыс. и $7,7 тыс.).

Сколько можно ждать?

В настоящее время в России ВМП оказывают 675 учреждений, в том числе 461 в регионах. Такое увеличение инфраструктуры позволило сократить сроки ожидания ВМП. Если в 2009 году срок ожидания ВМП составлял 93 дня для взрослых и детей, то по результатам 2014 года — 21 день для взрослых и 14 дней для детей.

С 2006 года число пациентов, получивших ВМП, выросло почти в четыре раза и составило 552 тыс. человек в 2014 году. За эти годы финансирование ВМП выросло в семь раз в текущих ценах. Но с учетом инфляции — только в 3,2 раза (по сравнению с 2006 годом). Таким образом, к 2015 году расходы (тарифы) на ВМП на одного пациента в текущих ценах увеличились в 1,8 раза, но в постоянных ценах с учетом инфляции сократились почти на 30%. Все это время себестоимость лечения росла гораздо быстрее, чем инфляция. Поэтому фактически тарифы на ВМП в России как минимум в два раза ниже, чем нужно.

Для оценки доступности ВМП во всем мире используется число операций в расчете на 100 тыс. населения.

По данным ВОЗ, операций коронарной реваскуляризации миокарда (с применением аортокоронарного шунтирования и ангиопластики, в том числе стентирования) в России делают в 2,8 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 89 и 253 на 100 тыс. населения в год), и в 2,7 раза меньше, чем в «старых» странах ЕС (236 на 100 тыс. населения). Операций по замене тазобедренного сустава в РФ делают в 3,3 раза меньше, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 38 и 125 на 100 тыс. населения в год), и в 5,3 раза меньше, чем в «старых» странах ЕС (203 на 100 тыс. населения). Трансплантацию почки в РФ делают в пять раз меньше, чем в «новых» странах ЕС (соответственно 0,6 и 3,0 на 100 тыс. населения в год). Таким образом, сегодня доступность ВМП в России в три раза ниже, чем в «новых» странах ЕС, которые так же экономически развиты, как РФ. Если ориентироваться на эти страны, то в настоящее время ВМП должна оказываться как минимум 1,5 млн россиян в год.

АЛЕКСАНДР ПОДГОРЧУК

Осенью в ряде ведущих клиник страны остановились операционные, потому что закончились квоты. В 2016 году это произойдет еще раньше

Доступ к телу

Дефицит квот и нехватка тарифов влекут за собой всевозможные злоупотребления. Квоты придерживают. Или если для спасения больного не хватает выделенной государством суммы, средства на его лечение заимствуются из квот менее тяжелых пациентов. На одного больного открывают несколько историй болезни, получая на один клинический случай не одну, а несколько квот, аккумулируя таким образом необходимые средства для лечения. Зачастую из-за банальной нехватки денег медики не могут оказать пациенту необходимое лечение, хотя обладают всеми необходимыми навыками. Наиболее правильный в таких случаях путь — привлечение средств пациентов или благотворительных фондов. Увы, нередки случаи, когда больных пытаются раскрутить на софинансирование, предлагая дополнительно оплатить те или иные исследования или манипуляции, которые обычно предусмотрены квотой.

В основе всех этих ухищрений лежит одна глобальная проблема — дефицит финансирования отрасли, который усугубляется год от года. В течение последних семи лет расходы государства на здравоохранение стабильно составляли 3,7% ВВП, что в 1,5 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС (5,5% ВВП), и в 2 раза ниже, чем в «старых» странах Евросоюза. В 2015 году расходы на здравоохранение в России снизились до 3,4% ВВП, а на 2016 год запланировано всего 3% ВВП.

Погружение в реальность

С 1 января 2014 года примерно треть ВМП (ВМП №1 — 459 методов) была отнесена к специализированным методам лечения и «погружена» в систему ОМС. Остальные 1 тыс. видов ВМП №2 продолжают финансироваться из средств федерального бюджета.

По данным Счетной палаты, если в 2013 году дефицит системы ОМС составлял 26,1 млрд руб., то в 2014 году он вырос до 55,3 млрд руб. «Погружение» в дефицитную систему ВМП №1 существенно снизило доступность этой части медицинской помощи для населения.

Согласно приложению к Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 2015 и плановый период 2016 и 2017 годов, средства на оплату по перечню ВМП №1 (459 методов) перечислялись из федерального фонда ОМС в территориальные фонды ОМС в рамках общей субвенции, которая выделяется на оказание территориальных программ госгарантий.

Средства по перечню ВМП №2 (около 1 тыс. методов) в объеме 82,1 млрд руб. переведены в форме иных трансфертов из бюджета ФОМС в федеральный бюджет и затем в федеральные и другие медицинские организации для оказания ВМП. В итоге в 2015 году ВМП реально гарантирована только для 322 тыс. пациентов, которые будут пролечены в федеральных клиниках, вместо 505 тыс. в 2013 году, получивших лечение в федеральных и региональных учреждениях.

Светлана Белостоцкая

ЗАГРАНИЦА НАС ПРОЛЕЧИТ

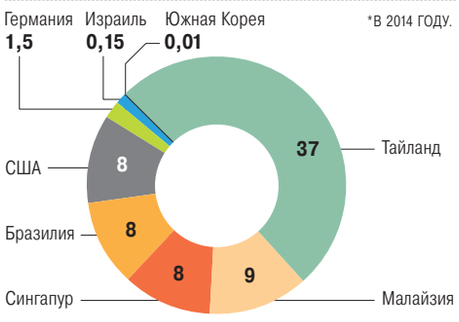
Совокупные темпы годового прироста мирового рынка медицинского туризма в течение нескольких последних лет составляли 15–18%, следует из отчета конференции Advantage HealthCare — India 2015. У России из-за ослабления рубля также появились шансы включиться в соревнование за международных клиентов.

Для жителей все большего числа стран лечение за границей становится частью обычной жизни, а медицинский туризм постепенно трансформируется в отдельную отрасль экономики — с таким заявлением в ходе конференции Advantage HealthCare — India 2015 выступила глава Министерства торговли Индии Нирмала Ситхарама. По ее словам, в 2014 году объем мирового рынка медицинского туризма составлял $43 млрд, при этом совокупные темпы его годового прироста в течение нескольких последних лет составляли 15–18%. «К 2020 году объем рынка заграничных медицинских услуг, как ожидается, составит $90 млрд»,— отметила она.

В 2014 году число людей, решивших проходить лечение не у себя на родине, достигло 8,5 млн. Большая часть из них — 3 млн — приехала в Таиланд. На втором месте по числу обращений за платной медпомощью от иностранцев оказалась Малайзия (0,88 млн человек). В первую десятку стран-лидеров также вошли Сингапур (0,63 млн человек), Бразилия (0,6 млн человек), США (0,55 млн человек), Турция (0,44 млн человек), Южная Африка (0,42 млн человек) и Индия (0,27 млн человек). Наибольшие темпы прироста потока медицинских туристов за 2014 год продемонстрировала Турция (30%), в первую тройку также входят Южная Африка (20%) и Индия (26%). Основными причинами для нарастающего медицинского туризма в первую очередь является все

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ В МИРЕ (%)*

ИСТОЧНИК: ANCI.



возрастающий запрос населения на качественное здравоохранение. Еще одна причина для поездки за границу — законодательные ограничения, введенные отдельными странами для некоторых медицинских процедур, например искусственного оплодотворения. В среднем стоимость одного курса лечения в рамках медицинского туризма составляет $4,5–7,5 тыс. Наиболее популярными являются медуслуги в области кардиологии, замена бедренных и коленных суставов, мастопатия, различные пластические операции. Популярной процедурой является комплексное обследование (full check). При этом цены на такие вмешательства могут существенно отличаться на рынках даже тех стран, которые входят в первую тройку наиболее популярных для туризма направлений. Например, если в Таиланде процедура коронарного шунтирования с учетом всех сопутствующих расходов пациента в среднем стоит $11 тыс., что сопоставимо с ценой в Малайзии ($9 тыс.), то в Сингапуре она же будет стоить $18,5 тыс. Наиболее дорогое лечение предлагают США: цены на процедуры там отличаются от средних по рынку в несколько раз. Например, та же процедура коронарного шунтирования будет стоить около $40 тыс. Наиболее же дешевые медицинские услуги предлагает Индия: там эта операция обойдется в среднем в $7 тыс.

Главными регионами—поставщиками медицинских туристов являются США и страны Евросоюза. С учетом статистики Ситибанка в 2014 году число россиян, выехавших на лечение за рубеж, достигло 350 тыс. человек. Основными направлениями российского медицинского туризма являются страны Европы — в первую очередь Германия (около 150 тыс. россиян ежегодно) и Израиль (около 15 тыс.). А для тех, кто проживает в восточной части страны,— Южная Корея (около 10 тыс. российских туристов). Также набирает популярность Финляндия.

Последние полтора года на лечение в Россию уже начали приезжать пациенты из Америки и стран Европы. Американцы чаще всего приезжают в Курган в Федеральный центр ортопедии и травматологии имени Елизарова, а европейцев больше интересует косметология. Но пока их число не превышает нескольких тысяч человек ежегодно.

В России все более популярным становится внутристрановой туризм: число его участников может доходить до нескольких десятков тысяч человек. Множество москвичей, например, ездят за стоматологией в регионы Московской области, а также в Тверь, Калугу, Рязань. Качество материалов и самих процедур там может быть не хуже московского, а цены настолько ниже, что экономия от стоимости лечения с избытком покрывает стоимость проезда. За косметологией, по его словам, россияне ездят в Тюмень, Новосибирск, Псков. Реабилитация, наоборот, привлекает людей из регионов в Москву.

Анастасия Мануйлова

ЖИЗНЬ ВЗАЙМЫ

Смертность населения, которая с 2005 до 2013 года постоянно снижалась, вновь поползла вверх. За девять месяцев текущего года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года число умерших увеличилось почти на 1% по стране и почти на 4% — в Москве. В 2015 году число умерших в стране может превысить 1,9 млн человек (в 2014 году умерли 1,88 млн граждан). Виной тому существенное снижение доступности и качества медицинской помощи по причине дефицита финансирования.

Мужская доля

На смертность населения влияет несколько факторов: доступность медицинской помощи, возрастная структура населения, качество и образ его жизни, экологическая обстановка.

Федеральный Минздрав объясняет рост смертности старением населения, сезонными эпидемиями гриппа, а также неумеренным курением и алкоголизмом граждан. Однако все эти факторы имели место и в предыдущие годы. Например, по данным того же Минздрава, за последние пять лет потребление алкоголя в стране сократилось на 30%, а доля курящего населения снизилась на 1,7%, что, наоборот, должно было привести к снижению смертности, но этого не произошло. Экологическая обстановка в стране не изменилась. Эпидемии гриппа случаются каждый год. Ежегодный темп прироста доли пожилого населения с 2005 года практически постоянный — 1,8%. Более того, с 2011 года с постоянным темпом увеличивается доля детей, что тоже должно было способствовать снижению смертности.

Тем не менее смертность растет. Самое обидное, что растет смертность трудоспособного населения, главным образом мужчин. Уже в 2014 году этот показатель вырос на 1,2%, и в текущем году эта отрицательная динамика с высокой вероятностью сохранится. При этом разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин у нас одна из самых высоких в мире — 11,2 года.

Таким образом, остается только один фактор, который мог повлиять на рост смертности,— снижение доступности бесплатной медицинской помощи.

Доступность бесплатной медицины зависит от средств, которые государство выделяет на медицину, а также от обеспеченности врачами и койками. Ведь очевидно, что если врачей не хватает, то к ним будут очереди. Если не хватает коек, то будут сложности с госпитализацией в стационар. А если сокращаются средства, то, соответственно, будет сокращаться ВСЕ: зарплаты врачей, затраты на лекарства, на расходные материалы, на содержание учреждений, койки и др.

Что же произошло в здравоохранении за последние годы?

Деньги на ветер

Вопреки заявлениям Минздрава о том, что финансирование отрасли в 2015 году увеличилось, на самом деле произошло его снижение. В текущих ценах деньги на здравоохранение действительно добавили. Но надо понимать, что в 2014 году инфляция составила 11,4%, а в 2015-м — 12,2%. Примерно 10% расходов в отрасли (закупка лекарств, расходных материалов, медицинских изделий) привязано к курсовой разнице валют, соответственно, эти расходы подорожали вдвое. Таким образом, по сравнению с 2013 годом с учетом инфляции и девальвации рубля в 2014 году на здравоохранение было затрачено на 7% меньше, в 2015 году — на 17% меньше. Что касается будущего, то в 2016-м эксперты прогнозируют снижение затрат на здравоохранение на 20%. Другими словами, то, что можно было купить за 100 руб. в 2013 году, в 2015-м уже не купишь за 100 руб., ибо рубль подешевел на 17%.

Кадровые чистки

Частично из-за снижения финансирования, а также из-за неправильно выбранного вектора реформ в здравоохранении за два последних года число врачей в государственных и муниципальных учреждениях сократилось на 23 тыс. И это притом, что их дефицит и так составлял как минимум 30% от необходимого. Ситуация с дефицитом кадров усугубляется тем, что в государственных муниципальных учреждениях почти 30% врачей пенсионного возраста (около 150 тыс.). Это означает, что в самое ближайшее время начнется их ускоренный отток из отрасли. А число выпускников, которые ежегодно приходят в здравоохранение после окончания вуза, не сможет компенсировать этот отток. Например, ежегодно, по данным Росстата, медицинские вузы оканчивает около 21 тыс. молодых врачей, однако в отрасли остается только две трети из них, то есть не более 14 тыс. Исходя из этого, есть серьезные риски, что дефицит кадров будет только нарастать.

Койко-жизнь

Сокращения затронули и коечный фонд государственных и муниципальных учреждений. За 2013 и 2014 год число стационарных коек уменьшилось на 80 тыс. И это притом, что обеспеченность коечным фондом в РФ уже была ниже, чем в Германии. Следует также учесть, что потоки больных у нас больше, чем в европейских странах, а плотность населения меньше, поэтому нам в любом случае нужно больше врачей и коек.

Обещанное лечение

Не лучше ситуация обстоит и с бесплатными лекарствами. В 2013 году обеспеченность бесплатными лекарствами в амбулаторных условиях в РФ была в 4,4 раза ниже, чем в таких странах ЕС, как Чехия, Венгрия, Польша, Словакия, Словения, Эстония, сопоставимых с нами по уровню экономического развития. За девять месяцев 2015 года доступность бесплатных лекарств в РФ снизилась еще больше. При этом, по данным Минэкономики, цены на лекарства за январь—август текущего года выросли на 17%.

Москва смертная

Критическая ситуация сложилась в здравоохранении Москвы. С 2011 по 2014 год в Москве на 17% сократилась обеспеченность практикующими врачами (с 3,5 до 2,9 на 1 тыс. населения), на 24% — стационарными койками (с 6,8 до 5,2 на 1 тыс. населения). Полностью закрыты 5 больниц, 7 поликлиник и 100 отделений.

В результате только за 2014 год в Москве объемы медицинской помощи по территориальной программе госгарантий в расчете на одного жителя сократились: число посещений поликлиник — на 25%, число госпитализаций в стационары — на 2%, число вызовов скорой медицинской помощи — на 7%. При этом число больных в столице не уменьшилось! Государственное финансирование бесплатной медицинской помощи с 2013 по 2015 год в постоянных ценах (2013 год — 100%) сократилось на 9%, а за счет средств бюджета Москвы — на 28%.

И это произошло в одном из самых богатых регионов страны, которому грех жаловаться на дефицит средств. Валовый региональный продукт (ВРП) столицы на душу населения в год в 2,7 раза выше, чем в среднем по РФ, и на 20% выше по паритету покупательной способности доллара, чем в «старых» странах ЕС. При этом ожидаемая продолжительность жизни в Москве почти на пять лет ниже, чем в «старых» странах ЕС, а стандартизованный показатель смертности в 1,4 раза выше. Для справки: в 2013 году в Москве в доле ВРП госрасходы на здравоохранение были на уровне расходов по той же статье Папуа-Новой Гвинеи — 2,4%.

В результате всех проводимых в столице реформ возможность получить бесплатную медицинскую помощь для москвичей сократилась даже с учетом того, что в Москве расположены федеральные и ведомственные учреждения. Это сказалось на динамике демографических показателей: с 2011 по 2014 год на фоне снижения общего коэффициента смертности в целом по стране в Москве он стагнировал на уровне 9,7 случая на 1 тыс. населения. А за девять месяцев 2015 года число умерших в столице возросло на 3,9% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Это один из худших результатов в Центральном федеральном округе.

Доступ тела

Снижение госфинансирования, числа врачей и стационарных коек в целом по стране привело к тому, что за 2014 год уменьшились объемы бесплатной помощи, или по-простому снизилась ее доступность. Так, число посещений медицинских учреждений в связи с заболеванием уменьшилось на 137 млн (14%) по сравнению с прошлым годом. Число госпитализаций пациентов в стационар сократилось почти на 680 тыс. (2%). Число вызовов скорой медицинской помощи уменьшилось на 1,7 млн (4%). При этом больных людей, нуждающихся в медицинских услугах, в стране меньше не стало.

Минздрав РФ объясняет, что это снижение замещается развитием других видов медицинской помощи в первичном звене (поликлиниках) — неотложной помощи и коек дневного стационара. Но в ситуации недостатка финансирования и дефицита кадров там это замещение малоэффективно.

Так, госпитализация в дневной стационар за счет средств ОМС стоит 800 руб. в сутки, тогда как стоимость обычной больничной койки в три с лишним раза выше — 2,5 тыс. руб. в сутки. Но если дневной стационар заменяет стационарную специализированную помощь, то он должен быть практически таким же дорогостоящим. Если в нем проводят серьезную хирургическую операцию или реабилитацию, то там должны быть соответствующие кадры, оборудование. Но дефицит врачей участковой службы по стране составляет почти 37 тыс. человек (50% от необходимого), а на приобретение оборудования не хватает средств. Поэтому все эти стационарозамещающие виды медицинской помощи не могут компенсировать снижение круглосуточной стационарной и скорой медицинской помощи.

Сегодня на первичное звено, в котором на 50% не хватает врачебных кадров и через которое идет интенсивный поток больных, возложили еще и диспансеризацию. Из-за того что врачи занялись здоровыми, уменьшилось число больных, которые смогли попасть на прием, одновременно возросла нагрузка на врача. При этом врачи в первичном звене и так работали с высоким коэффициентом совместительства — 1,5. Как следствие, в большинстве случаев они тратят на пациента 9–10 минут вместо положенных 15 или 30, ведь обслужить надо всех пришедших на прием. В результате страдает качество медицинской помощи, потому что уставший врач опасен для пациента. В Евросоюзе, чтобы защитить пациента, Парламентом ЕС принят закон, запрещающий медицинским работникам работать более 40 часов в неделю. А мы продолжаем перегружать своих врачей.

Также нельзя согласиться с тем, что сокращение числа стационарных коек компенсируется интенсивностью их работы. Известно, что если койка работает больше 310 дней в году (в РФ — 322 дня), то в стационаре растет число инфекционных осложнений.

Могильная статистика

Почему же в условиях дефицита врачей в стране продолжается сокращение медицинских кадров? В 2012 году в майских указах президента была поставлена задача повысить доступность медицинской помощи, для чего прекратить отток кадров из отрасли, поэтапно увеличив заработную плату врачей в два раза по отношению к средней в экономике. Но средств на это Минфин предусмотрел недостаточно. В результате родились так называемые «дорожные карты» структурных преобразований в отрасли и Минздрав РФ направил в регионы методические письма, в которых разъяснялось, что необходимо найти средства на повышение оплаты труда. А именно за счет неэффективных расходов, сокращая объемы скорой и стационарной помощи, медицинские кадры, а также наращивая объем платных медицинских услуг.

Методические письма-то послали, а вот главного не сделали: не посчитали, как эта «оптимизация» отразится на доступности медицинской помощи, не просчитали потоки больных, не обеспечили доступность врачей в поликлиниках. Если число врачей и коек сокращается, а поток больных не уменьшается, то пропускная способность сети здравоохранения снижается и больные не могут получить бесплатную медицинскую помощь. Если у пациента есть деньги, он идет в частную клинику. Если у пациента денег нет, он никуда не идет. Он болеет или умирает. Или выздоравливает. Но к медицине это уже не имеет отношения.

с16