

здравоохранение практика

Надежда умирает последней

По мнению **Дмитрия Борисова**, руководителя отдела перспективного развития и международных научных связей ФГБУ «РОНЦ им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ, заместителя председателя президиума Ассоциации онкологов России, основная проблема российской онкологии в том, что рост выявляемости онкологических больных не сопровождается ростом финансирования.

— мнение —

— Как вы оцениваете уровень финансирования онкологической помощи в России?

— За последние десять лет объем финансирования онкологической помощи возрос более чем в 13 раз. Значительное усиление финансирования онкологической службы происходило в рамках программы модернизации онкологической службы, которая закончилась в 2014 году. Если в 2004–2005 годах мы не могли даже мечтать о передовых технологиях, то сейчас они реально доступны для пациентов, причем доступны бесплатно, хотя далеко не для всех. Однако в последние годы объем финансирования онкологической службы stagnировал на уровне примерно 230 млрд руб. в год. Цифры вроде бы внушительные, но в реальности этих средств недостаточно. Важнейший показатель уровня финансирования — пересчет на душу населения (а не на одного онкобольного или на один рецепт, как зачастую считают наши чиновники), который позволяет сравнивать уровень финансирования онкологической службы в разных популяциях, странах, регионах. Исходя из этого показателя, уровень финансирования лекарственного обеспечения в России в десять раз ниже, чем в Европе. Понятно, что при таком ограниченном финансировании мы не можем в полном объеме обеспечить лечение пациентов современными методами, которые зарегистрированы в нашей стране и входят в действующую программу государственных гарантий.

На лекарственное обеспечение онкологической помощи в настоящее время выделяется около 65 млрд руб. в год, из которых 35–40% поступает из фонда программы «Семь нозологий» и расходуется только на одну нозологию — лимфопролиферативные заболевания, которые составляют только 5% от всех онкологических патологий. Оставшиеся 60–65% денежных средств идут на лекарственное обеспечение всех остальных онкобольных — с раком легких, простаты, молочной железы, толстого кишечника и т. д. Естественно, этих средств не хватает, чтобы обеспечить эффективными лекарствами всех нуждающихся.

Если говорить о доступности методов нелекарственного лечения для россиян — той же лучевой терапии, то сегодня есть территории, в которых проведена мощная модернизация, и там нет проблем с получением радиотерапии именно в рамках бюджета. Примером тому — некоторые регионы Центрального федерального округа, Татарстан, Ростов-на-Дону, Красноярск, Иркутск и ряд других территорий. И хотя они далеки от федерального центра, но там есть мощные клинические центры, способные конкурировать с европейскими клиниками. Однако в целом по стране проблема остается острой. По количеству линейных ускорителей и другого оборудования, которое используется для радиотерапии, в пересчете на душу населения показатели у нас в разы ниже, чем европейские. То есть уровень доступно-



Дмитрий Борисов очень надеется на запуск Национальной онкологической программы, которая обеспечит комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации онкологических пациентов

сти онкологической помощи у нас гораздо ниже мировых стандартов. — Какой процент онкобольных получает у нас полноценную медицинскую помощь?

— Наши ведущие специалисты и главный онколог академик Михаил Давыдов неоднократно отмечали, что уровень доступности современных технологий — таргетных лекарственных препаратов, лучевой терапии, персонализированной медицины — в нашей стране составляет не более 18%. К примеру, сегодня в мире для лечения рака молочной железы используют несколько разных методов в зависимости от молекулярно-биологического строения опухоли. Современные технологии позволяют перевести в хронические заболевания даже самые агрессивные формы рака молочной железы, а зачастую — полностью излечить даже запущенные метастатические формы. Но, к сожалению, у нас эти технологии недоступны для 80% больных. Лишь 18% пациентов могут получить необходимую медицинскую помощь в полном объеме.

— А что делать остальным?

— Конечно, мы не можем совсем не лечить пациентов, поэтому используем более дешевые устаревшие схемы, которые входили в стандарты лечения лет 15–20 назад. Понятно, что в этих схемах не предусмотрены инновационные препараты. Зачастую такая химиотерапия недостаточна. Более того, многим регионам не по карману обеспечить даже базовый уровень лечения, не говоря уже о самых передовых технологиях.

— Как дефицит финансирования онкологической помощи влияет на показатели смертности в неблагоприятных регионах?

— Вопрос аналитики этих данных стоит очень остро, поскольку статистика у нас серьезно хромает. В конце прошлого года был издан приказ Минздрава России №868, делегирующий функции головного учреждения Российскому онкологическому научному центру им. Н. Н. Блохина. У нас сформирована специальная группа, которая занимается организационно-методической частью этой работы и анализом того, что происходит. Сейчас мы собираем и обрабаты-

ваем эти данные. Ближе к июню эта статистика будет опубликована.

— По данным ВОЗ, в России излечиваются только 40% онкобольных, тогда как в странах Европы и США — 70%. Связано ли это с дефицитом финансирования и, как следствие, с недоступностью эффективного лечения?

— Однозначно. Сегодня налицо некий перекося. Мы ратуем за профилактику и раннюю диагностику рака. При этом у нас действительно растет выявляемость онкологических пациентов. И тому есть несколько причин. Во-первых, немало денег вложено в борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и это дало результаты: продолжительность жизни растет, то есть популяция стареет. В старших возрастных группах накапливается значительный контингент больных, которые доживают до своего рака. Кроме того, проводится программа диспансеризации. И хотя к ней очень много вопросов, тем не менее она повышает выявляемость онкологических заболеваний, пусть и не на самых ранних стадиях. Но только диагностика не решает проблему. Рентгеновским аппаратом вылечить невозможно — это лишь один из этапов диагностики.

При выявлении онкозаболевания пациент должен быть обеспечен надлежащим лечением, но зачастую этого не происходит. Поток пациентов увеличивается, а финансирование — нет. Но что делать сотням тысяч больных, которым поставлен диагноз, но не обеспечено лечение? Они сидят в очереди, ждут каких-то вмешательств, медицинских процедур и не всегда дожидаются... Эту проблему решать очень сложно, поскольку она требует значительных материальных вложений. При этом страдают онкобольные, а крайним оказывается врач, который остается один на один с пациентом, и даже зная, как ему помочь, не может это сделать, потому что у него нет инфраструктуры медицинской помощи, которую обязано организовать чиновник. В конечном итоге встает вопрос об оправданности расходов на раннюю диагностику, если за ней не поспевает инфраструктура, которая должна этого больного лечить.

— Кто отвечает за развитие лечебной инфраструктуры?

— Парадокс в том, что сегодня за здоровье населения отвечает территория — губернатор и региональные исполнительные власти. А федеральный Минздрав может только что-то рекомендовать. Как в такой ситуации можно что-то развивать?

Безусловно, есть территории с высоким приоритетом для онкологической службы, которые инвестируют в эту сферу, и ситуация там улучшается год от года. Но так обстоят дела далеко не везде. Онкология на сегодняшний день самая дорогостоящая область медицины. Многим регионам не по карману лечить своих онкобольных. Причем речь идет не о самых последних технологиях, а об обеспечении базового уровня.

— Лечение онкологических заболеваний финансируется из Фонда обязательного медицинского стра-

хования. Выходит, система ОМС не справляется с этой задачей?

— Система ОМС очень несовершенна. Наше обязательное медицинское страхование, по сути, страхованием не является. Там нет рисковости составляющей и оценки стоимости риска. Тарифы ОМС не покрывают всех расходов на лечение онкозаболеваний и зачастую имеют очень ограничительный характер, в результате чего в рамках существующего финансирования оказывается помощь лимитированному количеству больных. Несмотря на декларацию организаторов здравоохранения о единых тарифах ОМС, у нас сложилась совершенно порочная система разных тарифов в разных регионах страны. К тому же тарифы ОМС достаточно ущербны, поскольку ориентированы не на пациента, а на такую систему работы с больным, при которой клиника получает финансирование при выполнении административных нормативов — результат и качество лечения, по сути, в расчет не принимаются. С другой стороны, за малейшие неточности, причем не в медицинской тактике ведения больного, а в оформлении документации, клиники подвергаются штрафным санкциям от страховых компаний и, соответственно, недополучают финансирование. Расход на онкологическую помощь надо увеличивать в пять-шесть раз. Естественно, госбюджет к этому не готов.

— Есть ли выход из сложившейся ситуации?

— На мой взгляд, единственный выход — очень четко зафиксировать обязательство государства. Сейчас они звучат как «мы платим за все»: у нас все бесплатно для населения, что является определенного рода лукавством, потому что население все равно платит за себя. Не лучше ли четко сказать, что лечение стоит, скажем, 200 руб., 150 руб. из которых платит государство, а 50 руб. — пациенту из своего кармана. Это система софинансирования, которая работает во всем мире. Вклад пациента может поступать от страховых компаний, которые работают по реальным программам добровольного страхования, в рамках которых человек за 100 руб. получает страховую защиту на 100 тыс. руб. Сейчас все уже понимают, почему нужно оплачивать ОСАГО, каско и т. д. Но в нашем здравоохранении такого каско не существует, а это неправильно.

В настоящее время онкологическое сообщество готовит проект Национальной онкологической программы, в которой будет заложен ряд мероприятий, ориентированных на ресурсное обеспечение комплексного подхода в лечении онкологических заболеваний. В июне проект будет представлен на Съезде онкологов в Уфе, после чего мы планируем представить его в Минздраве и правительстве РФ для утверждения и согласования с целью выделения дополнительных средств, которые пойдут на закупку оборудования, а на ряд мероприятий, обеспечивающих комплексный подход к диагностике, лечению и реабилитации онкологических пациентов.

Светлана Белостоцкая

Больница на колесах

— конкуренция —

Частная скорая помощь стала уже обычным явлением. Стоимость вызова коммерческой бригады врачей — от 3 тыс. руб. Государственная скорая помощь не может соперничать с частной в наборе услуг и уровне сервиса. Коммерческая скорая приезжает на любые вызовы в труднодоступные места и госпитализирует пациента, учитывая его мнение, а также делает на дому ЭКГ, рентген, УЗИ. Эксперты отмечают, что частная скорая помощь в большей мере стала больницей на колесах, нежели классической неотложкой.

Частные скорые действительно хорошо представлены в крупных городах: в Москве их больше десятка. Услуги скорой оказывает большинство крупных частных медицинских центров: «Медси», «Он Клиник», «Будь здоров!», «Семейный доктор», «СМ-Клиника», ЕМС, ОАО «Медицина». Частные клиники в стремлении расширить спектр обслуживания пациентов ввели услуги скорой много лет назад и считают ее для себя стратегически важной, ведь пациент при госпитализации попадает к ним на лечение.

Услуги скорой предоставляют и независимые медицинские компании, которые оказывают содействие в госпитализации в ведущие и известные лечебные учреждения. Например, государственная скорая везет в стационар не по желанию и выбору больного, а туда, куда направляет отдел госпитализации. Частная же скорая отвезет пациента с полисом добровольного медицинского страхования (ДМС) в стационар по ДМС. Если полиса нет, то диспетчеры медцентра направят карету скорой помощи в свою клинику или ту, с которой сотрудничают, или в то медучреждение, куда хочет попасть пациент (к примеру, в случае с беременной женщиной — туда, где есть договоренность о ее госпитализации). Клиника может по желанию пациента вывезти его на лечение за рубеж, оформив все необходимые документы. «Одним из главных преимуществ собственной службы скорой помощи является медицинская преемственность между подразделениями, которые участвуют в оказании помощи», — говорит и. о. директора департамента семейной медицины группы компаний «Медси» Игорь Свиныхов.

Услуги коммерческой скорой в столице не дешевы. Вызов врача в пределах МКАД составляет от 3 тыс. руб. Стоимость услуги скорой с госпитализацией и в случае нахождения больного далеко за МКАД (например, до 50 км) достигает 10,5 тыс. руб., а в отдельных случаях превышает минимальную москвскую зарплату.

Частную скорую могут вызвать пациенты, имеющие полис ДМС (в 87% это корпоративный сегмент страхования): по данным страховщиков, примерно 75% программ ДМС включают услуги скорой. В страховых компаниях указывают, что число клиентов, которые вызвали скорую по ОЗ, а не через пул страхово-вой компании, оценить сложно, ведь не все имеющие полис ДМС помнят, что услуга скорой входит в него. Либо скорая помощь может быть вызвана родственниками, не знающими о ДМС. «Но их доля невелика: большинство предпочитает — корпоративных клиентов детально информируют своих сотрудников о возможностях ДМС, в том числе и о скорой помощи», — говорит управляющий директор по ДМС группы «Ренессанс страхование» Наталья Харина.

Частная скорая востребована населением не только потому, что ее сотрудники надевают бахилы и вежливы с пациентом, но и потому, что территория выезда бригады платной скорой помощи не ограничена вплоть до выезда по координатам GPS, если с человеком что-то случилось вне населенного пункта. С июля 2016 года скорая, согласно нормативу, должна приезжать в экстренных случаях в течение 20 минут. Председатель Ассоциации руководителей скорой медицинской помощи Алексей Бойков говорит, что в регионах, где отсутствуют автодороги, эти нормативы выдержать нереально, а в крупных городах есть другая проблема: затруднен проезд по загруженным дорогам.

«Если, например, нам позвонит пациент, оказавшийся на даче, с жалобами на кашель, температуру, то мы обязательно приедем: вдруг это признаки пневмонии? На такой вызов вряд ли сможет выехать государственная скорая помощь, поскольку там есть серьезные ограничения, какие случаи рассматривать как повод для выезда, а какие — нет. У нас же эти ограничения минимизированы», — рассказывает главный врач отделения скорой медицинской помощи сети клиник «Будь здоров» Константин Лашков. По его словам, при необходимости скорая помощь может выехать далеко за пределы Московской области — даже на расстояние 1 тыс. км от столицы, если это необходимо пациенту. Кроме того, врачи частных скорых стараются минимизировать риски, поддерживая связь с пострадавшим или его представителем, пока находится в пути. «Ведь только так можно проследить за изменением состояния пациента, посоветовать, что можно предпринять для облегчения его состояния до приезда бригады», — говорит Игорь Свиныхов.

Дарья Николаева

НЕ ВЫХОДЯ ИЗ ДОМА

Частная скорая оказывает много услуг вне пакета обязательного медицинского страхования (ОМС). По ОМС, к примеру, работа медиков не оплачивается при оказании помощи человеку, не зарегистрированному в ОМС, или использовании скорой в качестве транспорта по доставке пациентов в ближайшее медучреждение.

Частная скорая может оказывать психиатрическую, наркологию помощь, перевезти больного, обслуживать педиатрические вызовы. Врачи, которые приезжают на частной скорой, могут ставить капельницы, обрабатывать раны, делать плевральную пункцию и другие процедуры на дому. Коммерческие скорые смогут провести кардиологические обследования — снять ЭКГ, сделать рентген, УЗИ. Все эти услуги востребованы теми пациентами, которые не могут выйти из дома, или теми, кто хочет сэкономить свое время. Минимальные расценки по Москве: выезд медсестры или фельдшера и снятие ЭКГ с расшифровкой стоит от 2 тыс. руб., выезд врача-кардиолога с последующей консультацией — уже от 4 тыс. руб., услуга УЗИ — от 3 тыс. руб., рентген — от 5 тыс. руб. Председатель независимого профсоюза «Фельдшер.ру» Дмитрий Беляков называет коммерческую скорую обычной неотложкой помощью. «Она не выезжает на аварии и происшествия, она работает по другим принципам: занимается обслуживанием, а не спасением», — отмечает он.

Дарья Николаева

Первый среди равных

— диагноз —

Высокая смертность от рака на Южном Урале, севере европейской части, в центральной Сибири, на Дальнем Востоке. Рекорды смертности от рака у женщин бьют Московская и Ленинградская области. По данным Минздрава, ежегодный рост заболеваемости раком в России составляет 1,5% в среднем по стране. Однако цифры Минздрава не совпадают с данными профильных институтов. Исследования Московского НИИ им. П. А. Герцена показали, что в 2015 году число впервые выявленных случаев злокачественных образований в стране составило 589 341, что на 4% больше, чем в 2014 году, и на 22,1% выше, чем в 2005-м. По данным московских онкодиспансеров, число вновь выявленных случаев рака в столице увеличивается на 10% в год.

В 2015 году заболеваемость раком составила 403,4 случая на 100 тыс. населения. На учете в онкологических учреждениях России состояли 3 404 237 (в 2014 году — 3 291 035), то есть 2,32% населения, из них 1 801 542 пациента (52,9%) — более пяти лет.

В 2015 году показатель распространенности злокачественных новообразований в массиве населения составил 2329,8 случая на 100 тыс. населения, что на 39,8% выше уровня 2005 года (1681,3). По мнению экспертов,

это связано с ростом заболеваемости, выявляемости заболеваний и выживаемости онкобольных.

В 2015 году на первой стадии заболевания было диагностировано 27,5% злокачественных новообразований, на второй стадии — 26,2%, на третьей — 20,1%, на четвертой — 26,2%. Доля больных, умерших в течение первого года после установления диагноза, составила 23,6%, тогда как в 2014 году — 24,8%, а в 2005-м — 31,6%.

По официальным данным, впервые за последние десять лет наметилась тенденция к снижению однодневной летальности от рака. Однако в 17 регионах показатель годичной летальности в 2015 году превалировал уровень 2014-го. На Чукотке он вырос с 24,3% до 35,5%, в Орловской области — с 31,1% до 32,1%, в Челябинской области — с 26,2% до 28,0%, в Адыгее — с 22,7% до 26,2%, в Дагестане — с 23,3% до 25,3%. В 2015 году от рака умерли 26 048 больных, не состоявших на учете в онкологических учреждениях.

В настоящее время в России отмечаются более высокие показатели смертности при более низких показателях заболеваемости, чем в развитых странах. По версии Минздрава РФ, рост смертности от рака связан с увеличением продолжительности жизни, по мнению врачей — со снижением доступности медицинской помощи. По данным ВОЗ, основной

причиной высокой смертности от рака в России является поздняя диагностика. Злокачественные новообразования в стране, как правило, выявляются на третьей и четвертой стадиях заболевания. Главный показатель эффективности работы онкологической службы — это уровень смертности онкобольных в течение первого года после выявления рака. Из-за поздней диагностики рака в России треть пациентов не проживают и года после постановки диагноза. В США более 80% больных преодолевают пятилетний рубеж, что свидетельствует о выявлении у них опухоли на первой или второй стадиях заболевания.

Инфляция смерти

По мнению врачей, своевременно выявлять рак мешает отсутствие инфраструктуры для диагностики и эффективного лечения онкобольных, которую должны организовать чиновники. Последние пять лет на фоне прогрессивного роста заболеваемости злокачественными новообразованиями в России идет сокращение объема гарантированной государством бесплатной онкологической помощи.

По данным Московского НИИ им. П. А. Герцена, с 2012 по 2015 год сеть онкологических лечебных учреждений в России сократилась на 20% — со 125 до 101. И хотя число врачей несколько увеличилось — с 8285 до

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ КОНТРАКТ

ЙОХАННЕС ДРАХ, врач-онколог, профессор, медицинский директор австрийской частной клиники «Конфратернитет» (клиника входит в группу компаний PremiQaMed, Австрия), отмечает, что при обязательном покрытии лечения онкологических больных из средств государственной социальной страховки возможно и софинансирование при лечении в частных клиниках.

В Австрии существует примерно 20 онкоцентров при общественных больницах (в университетских клиниках, региональных больницах, клиниках христианских орденов).

Социальное страхование покрывает лечение онкологических заболеваний в общественных больницах. В частных клиниках часть стоимости лечения всех заболеваний покрывается (по принципу софинансирования. — «Б») за счет средств социального фонда, а большая часть — из средств частной страховки.

При этом для тех, у кого нет страхования в Австрии, лечение онкологических заболеваний в общественных больницах во многих случаях дороже, так как дневная ставка в этих клиниках выше, чем в частных клиниках (особенно в университетских клиниках). Это связано с большими расходами на образование и исследования. Кроме того, общественные клиники несут большие затраты на поддержание ресурсов для внештатной ситуации (включая резервное количество

8591, нагрузка на одного врача возросла с 458,1 до 485,1 больного).

Онкологическая служба в большинстве регионов страны хронически недофинансируется. Число пациентов растет, а финансирование остается прежним, что заставляет врачей залезать в долги или вообще не оказывать больным медицинскую помощь. В Минздраве России и Федеральном фонде ОМС признают: попытки сэкономить на больных — обычное явление в регионах. Объем закупок лекарственных препаратов зави-

во койко-мест для пациентов). Большинство австрийских частных клиник работают с врачами по контракту, то есть их врачи — это чаще всего университетские профессора или главврачи университетских клиник, которые лечат частных пациентов в частных клиниках по совместительству.

Преимущество лечения в частной клинике для пациента в том, что он может выбрать лечащего врача и этот врач ведет пациента лично во время всего лечебного процесса. Кроме того, в частных клиниках фактически нет очередей. Иногда клиентам неважно, что частные клиники предлагают больше комфорта и благодаря гибкой организации среднее время пребывания в частной клинике существенно короче, чем в общественных больницах.

В Австрии для общественных больниц и университетских клиник лекарства закупаются централизованно соответствующей общественно-правовой корпорацией. Причем в каждой федеральной провинции страны она своя.

Но и частные клиники имеют право самостоятельно закупать лекарства. И к ним применяются такие же правила, как к общественным больницам. Государство при этом не регулирует закупочную цену для частных клиник, но оно регулирует цену, по которой пациент покупает лекарства. Эта практика применяется во всех наших клиниках.

Записал Константин Анохин

сит от наполняемости территориального фонда ОМС и субсидий из бюджета региона, которые в большинстве случаев дефицитны. В 2015 году средств на лекарственное обеспечение онкобольных в России было выделено на 25% меньше, чем в Польше, и в семь раз меньше, чем в Германии. Чтобы обеспечить всех онкопациентов в России необходимыми лекарствами, требуется 435 млрд руб. Это в десять раз больше, чем выделяется в настоящее время. Не лучше обстоят дела с доступностью радиотерапии. Если

в США один современный лучевой ускоритель приходится на 70 тыс. населения, то у нас — почти на 1,5 млн.

Одной из проблем является нехватка специалистов. По нормативам ВОЗ, на каждые 100 тыс. человек должно приходиться 2–3 онколога. В России этот показатель составляет 0,2. Катастрофически не хватает радиологов и физиков. В настоящее время в стране работают 25 медицинских физиков, что в 10 раз меньше, чем в Европе, и в 28 раз меньше, чем в США. Светлана Белостоцкая