

«К сожалению, текст Программы публично не доступен, хотя и принят сегодня на коллегии Министерства здравоохранения. Это, конечно, никак не отражает заявленных механизмов Открытого Правительства. И я публикую это документ на тот случай, если Программу кто-то все же читал. Надеюсь так же, что она после утверждения коллегией МЗ появится в открытом доступе», – говорит Александр Саверский. Среди участников Программы не упомянуты субъекты РФ, муниципалитеты, медицинские организации, общественные организации – между тем, в реализации Программы они участвуют. В целях Программы разнесены охрана здоровья и медицинская помощь, как это и записано в Конституции РФ, однако уже среди задач Программы остается только медицинская помощь. Нет задач по безопасности жизнедеятельности, окружающей среды, питания и воды, на производстве, сохранению и поддержанию здоровья посредством программ здорового образа жизни (хотя в тексте программы они упоминаются многократно) и т.п..

Среди задач, а так же и в самой Программе, отсутствует описание Государственной системы здравоохранения. Должно быть ее описание, возможно, и в графическом исполнении, включая:

перечень субъектов, участвующих в системе (согласно Программе создаются и новые участники — правительственная Комиссия по охране здоровья, Научный совет при Министерстве, национальный центр стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности и т.п.);

функции субъектов системы;

система взаимоотношения и взаимодействия субъектов, включая систему устранения дублирования функций и использования приоритетов при исполнении функций;

система стимулирования с оценкой наиболее эффективного способа стимулирования, в частности, устраняющего необходимость приписок субъектами;

индикаторы эффективности функционирования субъектов;

ответственность за нарушение функций, правил взаимодействия и отрицательные показатели индикаторов.

Отсутствует задача по оценке эффективности использования ресурсов, включая отсутствие:

системы отбора проектов (их оценки) для государственного финансирования, которая должна включать оценку эффективности вложения государственных средств в то или иное направление развития здравоохранения;

системы оценки оплачиваемых технологий с точки зрения их эффективности, безопасности и затрат;

системы оценки эффективности использования лекарственных препаратов (применение ЛП с недоказанной эффективностью и безопасностью, применение ЛП офф-лейбл, применение БАД для «профилактики и лечения заболеваний»);

механизмов устранения приписок в медицинской документации за счет изменения системы стимулирования медицинских организаций;

механизмов устранения многоканальности оплаты одной и той же услуги, и создание единой системы учета ресурсов (финансов) государственного (включая муниципальное) здравоохранения;

механизмов устранения дублирования обслуживания пациентов в «параллельных системах здравоохранения» (ведомственного, частного, муниципального, государственного).

Отсутствует задача по созданию единой системы лекарственного обеспечения населения с учетом того, что медицинская помощь на сегодня — это на 95 % наличие лекарств. Не верно создавать программу развития медицинской помощи в отрыве от программы лекарственного обеспечения. Необходимо рассматривать их вместе, причем программу лекарственного обеспечения, как необходимую часть программы развития медицинской помощи. Явно недостаточно деклараций по этому поводу, записанных в Мероприятии 1.5. (стр. 95-96).

Отсутствует задача по стандартизации в здравоохранении (хотя и упоминается, например, на стр. 34), требования к порядку разработки стандартов, их качеству, объемам, срокам исполнения и т.п. Все время есть ощущение двойственного отношения к стандартам в документах и в Программе. Неопределенность нормы права порождает неопределенность ее исполнения, то есть хаос в медицине (каждый лечит, как хочет). Передача полномочий по созданию клинических протоколов (если они станут обязательными), порождает серьезную проблему, когда правило создается одним субъектом (профессиональной организацией), оплачивается другим (государством), исполняется третьим (медицинской организацией), в которой работает лицо, которое непосредственно обязано оказать помощь по протоколу (врач), будучи членом профессионального сообщества.

Отсутствует задача по устранению барьеров доступности медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях, включая:  
исключение платности услуг в государственных и муниципальных учреждениях.  
Разрешение платности услуг любого объема (даже и сверх базовой программы госгарантий, хотя помощь должна быть достаточна и не более) разрушает всю систему здравоохранения, потому что никто (даже врачи) не понимает, за что нужно платить, а за что — нет. Но, если есть задача от главврача и малейшее право продать услугу, врач всегда найдет, чем напугать пациента, чтобы тот заплатил. Поэтому важно — не какая помощь бесплатна, а где. Прибыльность в медицине не допустима даже с точки зрения государственной экономики, не говоря об этике, поскольку к медицинской услуге не применимы обычные требования, предъявляемые к услуге (сроки, результат, гарантия), а потому невозможно оценить их точную стоимость (не только качество определяет стоимость). Страх пациентов и незнание ими, что нужно и нужно ли вообще, делают из них идеальную мишень для зарабатывания денег, если такая возможность допускается государством;

исключение полиса ОМС, как основания для получения медицинской помощи (в Конституции РФ право на бесплатную медицинскую помощь есть у граждан, а не у застрахованных лиц).

Отсутствует задача по снижению конфликтности в медицине (часть по повышению заработной платы медперсонала в проекте Программы имеется), включая:  
механизмы открытости принимаемых решений вплоть до публичных слушаний по наиболее острым проблемам;

государственную систему защиты прав пациентов в форме уполномоченного по правам пациентов, а также механизм выплат за причинение вреда здоровью и жизни недостатком медицинской помощи;

систему административной ответственности в сфере здравоохранения. Отсутствие такой ответственности, которая должна исключить избыточную уголовную ответственность, создает массу негативных тенденций, главная из которых

невозможность привить системе медицинской помощи принципы законности и правопорядка. Это означает, что любые принимаемые законы и нормативно-правовые акты не станут обязательными для исполнения, поскольку нет неотвратимости (даже минимальной) ответственности за их нарушение.

Из подраздела «Развитие медицинских организаций всех форм собственности» ясно следует, что государство намерено платить частным организациям за оказание медицинских услуг согласно тарифам. Это порождает ряд неустранимых проблем, как непосредственно, так и в динамике действия такой модели:

приписки (то, за что платим, то нам и продают, а покупает государство записи, а не сами услуги), сопровождаемые увеличением объемов того, за что платим, разными способами (придумыванием диагнозов и пациентов, придумыванием способов лечения даже и в мировых масштабах — свиной грипп, любовь – в МКБ, и т. п.);

увеличение расходов на частный сектор, поскольку здоровье, как товар, а значит и его лечение, бесценны с точки зрения населения и отдельного человека, то есть стоит любых денег;

со временем любой рынок переживает этап завершения разделения сфер влияния (рынков) и монополизации, и в этот период частный сектор начинает государству диктовать условия своей работы (мы это уже ярко видим в фармбизнесе и в других странах, включая США, и в других отраслях экономики), что в медицине совершенно недопустимо, поскольку ставит государство перед фактом невозможности выполнить свои (важнейшие!) обязательства перед гражданами. К таким элементам монополии на сегодняшний день следует отнести, например, срок действия патентов на лекарства в России, равный 20 годам с правом пролонгации еще на 5 лет. При современном росте потребления лекарств, при скорости обращения капитала и инфляционных процессах максимальный срок действия патента на лекарство не может превышать 10 лет. В то же время сокращение сроков приведет к интенсификации внедрения изобретений и их сменяемости на новом качественном уровне. Такая позиция может стать частью программы лекарственного обеспечения, обеспечивая доступность ЛП;

невозможность контроля и оценки необходимости и размера каждого расхода — контролеры неизбежно подвергаются коррупции, а страх и недостаток знаний распространяются не только на население, но и на них самих.

В целом, частная медицина в России паразитирует на недостатках государственного сектора. Но вместо того, чтобы устранять недостатки государственной системы, государство предпочитает оплачивать последствия этих недостатков другой системе здравоохранения, да еще и увеличивая оплату в зависимости от роста недостатков первой (своей)!

Упомянутая, например, на стр. 45 проекта Программы тарификация услуг (плохо себя оправдавшая до настоящего времени) требует обсуждения до принятия в сравнении с другими системами оплаты, например, с почасовой оплатой за труд в сочетании со стимулами за уровень удовлетворенности прикрепленных (направленных) пациентов. Эта же проблема выявляется на стр. 203, где уровень оплаты труда медработников поставлен в зависимость от объемов и качества услуг: врачи будут думать не о лечении, а о бумагах — ведь платят и наказывают за них.

Выполнение положений раздела «Развитие инновационных отраслей» (стр. 15 проекта Программы) необходимо предварить широким общественным обсуждением вторжения науки в такие сферы, как клетка, геном и т. п. Общество к этому не готово, и

обоснованность этого вторжения в сочетании с его безопасностью необходимо еще доказать. Так, даже закон о клеточных технологиях не имеет под собой научной основы, поскольку за многие десятилетия научной работы зарегистрирована только одна технология, которая имеет доказанную эффективность и безопасность — пересадка костного мозга, хотя даже здесь вопрос этики вызывает вопросы у некоторых религиозных сообществ.

Относительно подраздела «Создание и развитие конкурентных рынков, последовательная демонополизация экономики» (стр. 16) следует еще раз повторить, что уход государства от выполнения конституционных норм и обязательств (отказ от оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях) не оправдано ничем (ни исторически, ни экономически, ни психологически, ни юридически)), и потому будет постоянным источником раздражения для населения. Бесплатная медицинская помощь населению — важнейшая функция государства, иначе вызывает вопрос сам смысл существования такого государства! Понятие «рынок» в сфере медицинских услуг не применимо по причинам, указанным в разделе 7 и 9 настоящего отзыва.

Подпрограмма 3 «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения» говорит о создании Научного совета при Министерстве, национального центра стратегических биомедицинских технологий и биобезопасности, инфраструктурных центров современных научных исследований. Фактически, все это – задачи РАМН, и данная подпрограмма, по сути, является программой реформы РАМН, но почему-то так не описана. Тогда речь в Программе идет о создании дублера РАМН, что лишено смысла.

В Перечне мер правового регулирования (стр. 48, 69) стоит задача по изучению целесообразности дифференциации объема государственных гарантий, реализуемых на основании полиса ОМС, в зависимости от соблюдения норм профилактики (очевидно, соблюдения их пациентом). Такая задача представляется не верной, как и введение норм об экономической ответственности пациентов за состояние своего здоровья, поскольку любой эксперт в суде способен обосновать, что человек болеет потому, что ведет неправильный образ жизни, а значит он и должен платить за лечение. В динамике это ни что иное, как возврат к средневековой модели, когда каждый (больной) платит за себя, что является полным уходом от существования системы охраны здоровья, как государственной задачи (где здоровый платит за больного или пока еще здоровый гражданин за себя больного в будущем). Замечу, что в предлагаемой модели государственные органы управления здравоохранением не нужны: достаточно врача и пациента. Рассмотрение отношений пациента и государства, как партнерства, так же является результатом неверной оценки, поскольку медицинская помощь государству уже оплачена налогами и другими преференциями (нефтью и пр.), и государство обязано согласно Конституции РФ исполнить обязанности по оказанию гражданам бесплатной достаточной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях. Ни о какой дополнительной ответственности граждан в этой ситуации речи быть не может. Здесь такая же модель, как между пенсионерами и государством: мы же не ждем, что пенсионеры что-то дадут государству взамен пенсии.

На стр. 78 проекта Программы говорится о том, что получаемые статистические данные не дают истинной картины заболеваемости, и что такие данные могут быть получены только в ходе эпидемиологического исследования. В этом смысле логично, что

проведение такого исследования должно стать основой для реализации всей Программы, а ее показатели и затраты должны быть скорректированы в зависимости от полученных результатов. До проведения такого исследования все приведенные в Программе цифры следует полагать ориентировочными, а Программу следовало бы вводить только после их получения.

Необходимо в Подпрограмму 11 добавить мероприятие по созданию Научного центра изучения проблем права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Это нужно в силу того, что отрасль, имеющая сложнейшие правовые отношения между субъектами, до сих пор не имеет научного подхода к их развитию и формализации, что причиняет значительный ущерб всей системе и этим же отношениям.

В целом программа является подробной и системной, однако в ней не хватает указанных в настоящем отзыве важных решений. С точки зрения формы проекта Программы в нем встречаются многократные смысловые повторения, которые необходимо максимально исключить, что придаст Программе большую ясность и стройность. Источник: АМИ