

Об итогах реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2012 г.

Комаров Ю.М., докт. мед. наук, проф., засл. деят. науки РФ

Вероятно, очень важно рассмотреть, что государство гарантирует гражданам, что они на самом деле получают и как это отражается на их здоровье.

Вначале приведем некоторые общие соображения. Истинная заболеваемость, которой можно доверять, устанавливается по результатам специальных исследований (материалы трехлетней обращаемости дополняются выборочными обследованиями населения с соответствующими анкетированием и экспертизой), однако такие исследования последние 30 лет не проводились (они Минздравом не заказывались) и потому как программа государственных гарантий, так и базовая программа ОМС не имеют достаточного научного обоснования. В соответствии с федеральным законом № 326–ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании», базовая программа ОМС является составной частью Программы государственных гарантий. Парадокс заключается в том, что часть, т.е. базовая программа ОМС с обозначенными видами первичной и специализированной помощи, реализуется по закону, а целое, т.е. Программа государственных гарантий (включая базовую программу ОМС) утверждается постановлением Правительства РФ. О значительных дефектах в системе ОМС, которая к страхованию имеет весьма отдаленное отношение, мы, как и многие специалисты, неоднократно писали. Но сейчас речь идет не об этом.

Итоги реализации Программы (ПГГ) представлены в виде соответствующего Доклада и приложенных к нему табличных материалов. На 2012 г. Правительством РФ был установлен подушевой финансовый норматив в целом для Программы государственных гарантий-7633.4 рубля и для базовой программы ОМС- 4102.9 руб. Отсюда видно, что основная финансовая нагрузка легла не на госбюджет, а на средства ОМС- 53.7%. Интересно то, что подушевые нормативы установлены не путем научного обоснования по результатам проведенных исследований потребности населения в различных видах медицинской помощи с последующей экспертной оценкой того, что должно быть бесплатным для пациентов, «исходя из установленных нормативов объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на одного человека в год и нормативов финансовых затрат на единицу объема по видам медицинской помощи». Кстати, и эти нормативы не имеют достаточного научного обоснования, и потому носят ориентировочный характер. Подушевой норматив на ОМС включал в себя расходы на оплату труда, питание, медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь. Консолидированный бюджет

включал расходы на оказание скорой и специализированной медицинской помощи, помощи при отдельных заболеваниях, а также остальные расходы медицинских учреждений в системе ОМС, например, на коммунальные услуги. Из этих же средств оплачивались некоторые не основные медицинские службы и учреждения.

Все эти финансовые нормативы являлись минимальными. Следует особо отметить проведенную значительную подготовительную работу перед реализацией ПГГ. Вместе с тем, Доклад о реализации ПГГ содержит простую констатацию цифр, представленных в таблицах, без малейшего намека на анализ. Поэтому при ознакомлении с докладом сплошь и рядом возникают вопросы- ну, и что, что это дало, а сколько надо или сколько должно быть, за счет чего, почему, это хорошо или плохо, чем обусловлен значительный разброс в показателях и т.д. Отсутствие аналитических разработок значительно снижает ценность всей проведенной работы. Если в Минздраве РФ нет аналитиков, то к этой работе могли бы привлечь грамотных специалистов из НИИ. Так, показано, какому количеству лиц оказаны разные виды медицинской помощи, но это ни о чем не говорит без знания потребностей и тогда можно было бы определить соответствующую долю. Фактическое исполнение Программы не вполне соответствует заданным нормативам и получилось, что финансирование из средств ОМС составило 42,3%, а остальные 57.7%- за счет бюджетов всех уровней. Обращает на себя внимание постоянное снижение в % ВВП финансирования Программы- с 3.2% в 2010 г. до 2.7% в 2012 г., хотя в абсолютных цифрах расходы увеличены. Это говорит о том, что темпы роста ВВП превышают темпы прироста финансирования по ПГГ. Всего на душу населения для оказания бесплатной помощи тратится менее 400 долл. в год, что крайне недостаточно. Немало вопросов возникает и по числу медицинских учреждений, принявших участие в реализации ПГГ. Странно то, что среди этих учреждений на больницы приходилось 42.7%, на учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови-3.2%, на учреждения охраны материнства и детства-4.5%, прочие учреждения-21.4%, а на наиболее массовые амбулаторно-поликлинические учреждения- всего 28.2%. Между тем, в стране насчитывалось только 6.3 тыс. больниц на 1347.1 тыс. коек, 2912 подразделений скорой медицинской помощи и 16.3 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений на 3727.7 тыс. посещений. Однако в Докладе ничего не говорится о том, почему многие медицинские учреждения не участвуют в ПГГ. Кстати, с 2000 по 2011 г. 41.1% больниц и 23.5% амбулаторно-поликлинических учреждений были ликвидированы. В системе ОМС работали 74.3% медицинских организаций, реализующих территориальные программы. Значит, речь идет не о частных клиниках, участвующих в системе ОМС, а о каких? Судя по Докладу, у его авторов нет понимания, что такое ПМСП, куда приплюсовали стационары и нередко добавляют специализированную помощь. Согласно канонам здравоохранения вся медицинская помощь подразделяется на амбулаторную и стационарную, амбулаторная в свою очередь подразделяется на помощь

общего типа (ПМСП), помощь специализированную, оказываемую врачами-специалистами амбулаторно и скорую помощь, а стационарная медицинская помощь- по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса. Такова классика, с которой, видимо, работники Минздрава РФ не знакомы. Когда в Докладе говорится, что идет процесс сокращения койко-дней, то резонно возникает вопрос, за счет чего это происходит и куда дели тех больных, которые ранее заполняли койки. Не на улицу же их выставили? Что касается амбулаторных посещений на 1 жителя в год, то цифры в 9-10 посещений вызывают недоверие. Исследования в ряде городов страны показывали, что даже раньше, когда официально преподносилось 7-8 посещений, половина из них были приписками. Далее, не следует путать обращения и посещения. Обращение по конкретному заболеванию (новому или не новому) фиксируется только раз в году, но по нему может быть сделано любое число посещений или визитов. Посещения делятся на активные, когда пациенты сами приходят в амбулаторно-поликлинические учреждения, и пассивные, т.е. вызовные. Показано, что объем скорой помощи сократился, но нигде не говорится, за счет чего и как это отразилось на людях. Сетование на то, что имеет место превышение объема по наиболее затратной скорой помощи, не обоснованы, т.к. либо неверно были установлены исходные нормативы, либо не работает система регулирования. Действительно, исходя из материалов Доклада, по затратам один вызов скорой помощи превышает стоимость амбулаторного посещения в 6.3 раза, одного койко-дня- в 1.01 раза, одного пациенто-дня в дневном стационаре- в 3.7 раза. Кстати, нет объяснения тому, что в ряде регионов Дальнего Востока, где превалируют немалые расстояния, имеет место существенное повышение объемов скорой медицинской помощи. Далее говорится о том, что скорая медицинская помощь в основном (66.1%) оказывалась на региональном уровне, хотя известно, что стоимость одного вызова, обслуживаемого муниципальной скорой помощью, значительно дешевле (на 29%). Следовало бы более деликатно относиться к термину «законченный случай лечения», поскольку лечение может быть закончено в другом учреждении, а «законченный случай» может заканчиваться летальным исходом. Кроме того, «законченный случай» в докладе выступает в качестве синонима обращению, что далеко не одно и то же. Стоимость одного посещения в муниципальных учреждениях также значительно дешевле, чем в субъектах Федерации (на 34.4%), что исключает экономические мотивы почти полной ликвидации муниципального здравоохранения. Опять же авторы Доклада приводят стоимость одного обращения, перепутав его с посещением. А, как видно из материалов Доклада, на один случай обращения в рамках ПГГ приходится 2.5 посещения. Колоссальный разброс в стоимости 1 случая вызова неотложной помощи (ее не посещают, как это записано в Докладе) в разных регионах страны никак не объяснен. Произошло сокращение числа госпитализированных больных, и странно, куда они исчезли, ведь не настолько же выросло число больных в дневных стационарах. За 2010-2012 гг. несколько снизилась доля расходов на стационарную помощь (на 1.6%),

однако, не понятно, за счет чего это произошло: снизился ли уровень госпитализации, т.е. уменьшилось ли число госпитализированных и почему, сократились ли сроки пребывания в стационаре, стало ли обследование и лечение более интенсивным и т.д. Аналогичные вопросы возникают по амбулаторной и скорой медицинской помощи, по которым причины изменений остаются загадками и не ясно, являются ли они случайными или управляемыми (тогда- за счет чего). Вообще-то в стране с 1990-х годов сложилась такая закономерность, что при сокращении объемов стационарной или амбулаторной помощи возрастают объемы более дорогой скорой помощи, поскольку скорая помощь пока бесплатная. Самые большие расходы по ПГГ приходились на оплату труда с начислениями (в среднем- 63.6%), а на коммунальные услуги- на удивление намного меньше (4.1%). Правда, и на лечение тратится совсем немного, особенно при сравнении с другими странами, где на лечение уходит подавляющая доля средств, а на оплату труда- до 20%. Практически по всей стране, за исключением 17 территорий, территориальные программы не полностью покрываются необходимым финансовым обеспечением. А если денег не хватает, то могут страдать пациенты. Отдельно в Докладе выделено участие федеральных государственных медицинских учреждений (ФГУ) в ПГГ и подробно описаны их мощности и израсходованные средства. При этом особое внимание уделено так называемой у нас «высокотехнологичной медицинской помощи» (ВМП), которая финансировалась за счет федерального бюджета на 90.3% и бюджетов субъектов федерации (9.7%). Возникает вопрос, почему затраты на эту дорогостоящую помощь в расчете на одного больного существенно отличаются в учреждениях разной подчиненности. Так, в ФГУ Минздрава РФ средняя стоимость составила 139 тыс. руб., в ФГУ РАМН- 160 тыс. руб., в ФГУ медико-биологического агентства- 156 тыс. руб., в субъектах федерации- только 39.3 тыс. руб. На одной странице (23) указаны разные числа больных, получивших ВМП в медицинских учреждениях субъектов федерации. И хотя выводы Доклада начинаются со слов «анализ показал», следов какого либо анализа обнаружить не удалось. В третьем выводе говорится о том, какая помощь и кому профинансирована за счет ПГГ. И опять же возникает вопрос: ну и что, что это дало, какие изменения произошли в здоровье и удовлетворенности пациентов? В предложениях записаны поручения руководству субъектов федерации обоснованно планировать объемы по территориальным программам, утвердить по ним нормативы, проводить оценку эффективности (т.е. соотношение результаты-затраты), но возникает новый вопрос, могут ли они это сделать и как. В п.2 предложений безадресно высказано пожелание о необходимости развития профилактического направления, а в п.3 предлагается создать еще одну бюрократическую структуру по сопровождению программ.

Еще больше вопросов возникает при рассмотрении приложений в виде таблиц. Имеют дефицит финансирования территориальных программ свыше 30% 12 территорий страны (Брянская, Смоленская, Курганская, Томская области, Приморский край, республики Дагестан, Ингушетия, Кабардино-

Балкарская, Северная Осетия, Марий Эл, Бурятия, Хакасия). Почему это происходит, где выравнивающая роль центра и почему из-за недоработок чиновников должны страдать люди. Из таблиц 2.3 и 2.4 видно, что число больных в круглосуточных стационарах за год уменьшилось на 500 тысяч, а в дневных стационарах добавилось только 100 тыс. Куда исчезли остальные 400 тыс., или они внезапно выздоровели? Аналитические расчеты показывают, что ВМП оказывается в 6.8 раз дороже обычной стационарной помощи. Отсюда следует, что вектор развития здравоохранения следует развернуть в прямо противоположном направлении и сосредоточить основные усилия на предупреждении и раннем выявлении заболеваний, а не на весьма дорогостоящей ВМП. Ведь за эти средства можно оздоровить значительное число больных при тех же затратах на медицинскую помощь. Из таблицы 2.1. четко видно, за счет чего произошло увеличение стоимости (и будет дальше возрастать) одного вызова скорой медицинской помощи. Это произошло из-за практически полного разрушения муниципального здравоохранения, уменьшения финансирования муниципальной скорой помощи на 30.3 млрд. руб., т.е. на 66.2%, уменьшения числа вызовов на 26 млн. (на 59.3%). Скорую медицинскую помощь передали на уровень субъектов федерации, что в силу больших расстояний значительно увеличило расходы на ее содержание (на 36.5 млрд. руб.) при меньшем числе вызовов и обслуженных лиц, т.е. снизило доступность. Поскольку в анализируемых материалах нет данных об обоснованности вызовов, мы этого вопроса касаться не будем. Между тем, по отдельным территориям число вызовов СМП на одного жителя отличается в 2.1 раза, по посещениям- в 2.5 раза, по койко-дням- в 2.7 раза, по пациенто- дням в дневных стационарах- 7.5 раз, по стоимости одного вызова СМП- в 6.9 раз, по стоимости одного посещения- в 130.9 раз, по стоимости одного койко- дня- в 8.2 раза, по стоимости одного пациенто-дня- в 9.1 раза, а расходы на территориальные программы государственных гарантий отличаются в 10.7 раза. Складывается впечатление, что мы живем не в одной единой стране, и что какая-то общая политика в сфере здравоохранения отсутствует. Кроме того, не прослежена связь между территориальными программами и смертностью населения от отдельных причин. Например, в Московской области при бездефицитной территориальной программе отмечается высокая смертность от БСК и онкозаболеваний. Примерно такая же картина и в ряде других территорий (Новосибирская, Липецкая и Омская области, Чукотский А.О. и др.). Отсюда не понятны соображения авторов Доклада, приведших приложение 4. Если в таблицах показана значительная дифференциация территорий по линии ОМС, то зачем перекачивать деньги в этой системе снизу вверх и обратно. И, вообще возникает вопрос, нужна ли нам такая система ОМС. Кстати, возникают также вопросы относительно целесообразности такой ППГ.

Кроме того, видимо авторы доклада предполагают, что все виды помощи, обозначенные в ППГ, оказываются на бесплатной для пациентов основе. Однако, это далеко не так, и мы, в том числе, об этом неоднократно писали,

насколько легко и просто заменить бесплатную и гарантированную медицинскую помощь на платную.

Таким образом, Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2012 г. представляет собой словесное описание материалов приложенных таблиц без какого-либо даже примитивного анализа. Хотя с 2012 г прошло много времени, не представлены результаты, что же в итоге получилось, у какого числа пациентов восстановлено здоровье, сколько предотвращено обострений и осложнений и случаев перехода в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, сколько вылечено, как изменилась летальность и т.д. И это все должно быть представлено по разным видам медицинской помощи и основным группам болезней. Без этого не понятно, зачем государство тратит деньги, и что за это получает. Ну, а с безобразными различиями по отдельным территориям следует разбираться специально, поскольку из результатов реализации ППГ не ясно, что и кому государство гарантирует.