



# ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИГА ЗАЩИТНИКОВ ПАЦИЕНТОВ

<http://ligap.ru/>

8(985)644-72-38  
[liga@ligap.ru](mailto:liga@ligap.ru)

27.03.2017.

Президенту  
Российской Федерации  
В.В. Путину

**Уважаемый Владимир Владимирович!**

Прошу Вас рассмотреть вопрос об учреждении должности Верховного Комиссара по укреплению здоровья населения России и о совмещении этой должности с должностью Президента России. Вы поставили перед страной прекрасную задачу по увеличению продолжительности жизни людей. Потенциал для этого есть. Его реализация требует осознания, что охрана здоровья – не менее важная функция государства, чем охрана границ, безопасности, правопорядка и т.п.

Согласно *ст. 32 Федерального конституционного закона от 17.12.1997 N 2-ФКЗ "О Правительстве Российской Федерации"* именно Президент России в соответствии с Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами руководит деятельностью соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Деятельность практически всех министерств и ведомств отражается так или иначе на здоровье населения, без здоровья нет труда, без труда нет экономики. Более того, нездоровые люди требуют значительных расходов.

К этому необходимо добавить задачу не только по охране здоровья и не только по медицинской помощи, но новую по смыслу и очень важную по значению задачу - по улучшению (укреплению) здоровья населения, - для чего требуется управление факторами, влияющими на здоровье. Решение этой задачи может быть по силам только Президенту России, наделенному необходимой полнотой власти.

В качестве Главнокомандующего Вооруженными силами РФ Президент РФ возглавляет армию, охраняющую страну от внешних врагов. В качестве Верховного Комиссара по укреплению здоровья населения России он будет возглавлять армию врачей, медсестер, чиновников, ученых для борьбы с болезнями и иными вредными для здоровья факторами, а также для стимулирования полезных для здоровья факторов.

Верховный комиссар, вероятно, должен иметь при себе Совет по укреплению здоровья населения, имеющий межведомственную природу, куда бы входили министры, ученые и общественные деятели. Ему же должно напрямую подчиняться Министерство здоровья (укрепления здоровья) населения РФ с полномочиями по управлению факторами, влияющими на здоровье, и которое включило бы в себя Федеральную службу медицинской помощи (нынешний Минздрав РФ, ФФОМС, Роспотребнадзор в части санитарно-гигиенических полномочий и влияния товаров (работ, услуг) на здоровье, Росздравнадзор).

Уверен, что учреждение указанной должности в предвыборный год станет прекрасным трамплином в будущее здоровья нации, поскольку население увидит, что Президент РФ непосредственно взял на себя ответственность за его здоровье, что представляется чрезвычайно важным шагом со всех точек зрения.

В завершение позвольте предложить обзор основных направлений, по которым государство могло бы двигаться для эффективного укрепления здоровья населения России (прилагаю), что крайне затруднительно реализовать без введения должности Верховного Комиссара по укреплению здоровья населения России.

*С уважением,*

**Президент «Лиги пациентов», член  
Экспертного совета при  
Правительстве РФ, эксперт РАН**



**А.В. Саверский**

## **ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ**

Система здравоохранения России в нынешнем виде экономически заинтересована в увеличении числа больных и болезней, и не имеет этому противовесов, что порождает излишние страхи, дезинформацию и неэффективные расходы государства и населения. Противовес этому может быть создан, если государство примет на себя задачу не только по охране здоровья и медицинской помощи, но по улучшению здоровья населения. Эта задача решается путем формирования реестра факторов, влияющих на здоровье, их оценке и дальнейшему управлению ими – усилению полезных и подавлению вредных факторов. В этой концепции проблемы медицинской помощи и охраны здоровья должны будут конкурировать с другими факторами, влияющими на здоровье, что обеспечит противовес и объективирование влияния.

Организационно это требует создания Министерства здоровья Российской Федерации в подчинении Президента РФ (в силу межведомственности стоящих задач), в структуру которого входит, кроме прочего, Федеральная служба медицинской помощи (нынешний Минздрав РФ). Работу по оценке факторов, влияющих на здоровье, может начать уже сейчас делать Роспотребнадзор.

Не менее важной задачей является переосмысление и учет экономического аспекта здоровья населения. Для этого необходимо признать, что таким аспектом является способность трудиться. Без труда невозможно создавать экономические ценности. Но это значит, что здоровье людей – основа экономического развития. И если труд сегодня оценивается в заработных платах, то здоровье считается сферой невозвратных расходов. Однако это не логично. Способность трудиться должна учитываться в цене товаров (работ, услуг). Частично эта проблема решена путем налогов и взносов, но это сделано без специальных расчетов и без осознания взаимосвязи здоровья и экономики. Расчеты неизбежно покажут, что улучшение здоровья населения – одна из самых привлекательных, инвестиционных отраслей экономики. Не говоря уже о том, что здесь цели экономики совпадут с естественными интересами населения.

Третьей важной задачей является осознание государством того факта, что охрана здоровья – такая же функция государства, как охрана границ, правопорядка, безопасности и т.п. Этим занимаются армия, таможня, прокуратуры, суды, правоохранительные органы, которые государство не переводит на рыночные механизмы регулирования, и понятно почему. Возможно, что и здравоохранение – не сфера рыночного регулирования?

Вот три основных довода в защиту этого.

**Историко-экономический довод.** Имеется центральный вопрос развития экономики здравоохранения: «Кто заплатит за больного?» Понятно, что достаточных денег у него самого нет. Эта парадигма предопределила появление страхового принципа – вкладчину – на фабриках и мастерских, когда здоровый (работающий) платит за больного (неработающего). Так, через создание больничных касс, которые затем выделились в страховые компании, но которые банкротились, спорили с пациентами о страховых случаях, - риски неполучения медицинской помощи были поглощены государством. Государство стало глобальным страховщиком в здравоохранении. Далее, чтобы еще больше не зависеть от третьих лиц, оно выстраивает собственную систему здравоохранения. Так было сделано в СССР и России, такова тенденция во всем мире: страховой принцип постепенно переходит от частных компаний к государствам, и государства во всем мире все больше создают собственных учреждений, а роль страховых компаний ослабевает. Сегодня **Россия имеет государственное страхование** медицинской помощи и сеть ГУЗ и МУЗ для ее осуществления, однако из-за избранного политического курса на рыночные ценности вектор развития идет в сторону рынка, когда человек должен платить за себя сам, что указывает на инволюцию системы.

**Правовой довод.** Пациент (больной человек) не обладает автономией воли для совершения сделки, наличия которой требуют основы гражданского (рыночного) оборота прав (ст. 1 ГК РФ). Больной человек не может не заключить сделку (не может просто по желанию отказаться от нее или даже надолго отложить) на любых условиях, диктуемых исполнителем, если он может их выполнить, потому что у пациента болит, он боится (иногда и смерти), и он не всегда знает, что у него болит, и/или как это лечить (для этого нужны специальные познания, которых он не имеет). Сказанное предопределяет зависимость пациента от другой стороны

«сделки», которая имеет специальные познания и возможности. Равноправной сделки в этой ситуации быть не может. Именно поэтому государство в здравоохранении создает систему законов и правил, стандартов, протоколов, которые вместо пациента вменяют в обязанность государственным и муниципальным учреждениям действовать определенным способом (по приказу), что относится к административному, а не гражданскому праву. Такая система защищает пациента от рыночных манипуляций.

В силу сказанного практически **все договоры о платных услугах в медицине могут быть признаны кабальными сделками**. Последствия такого признания могут быть разрушительны.

**Экономико-правовой довод.** Здоровье бесценно (не имеет цены), поскольку прямо связано с качеством жизни и даже самой жизнью, что не подлежат оценке в деньгах, по крайней мере, с ныне действующей моральной точки зрения. Потеря здоровья делает человека неспособным осуществлять нормальную жизнедеятельность, включая утрату способности трудиться. При необходимости спасти свое здоровье или здоровье близких, ребенка люди продают жилье, берут кредиты, чтобы рассчитаться с медицинскими организациями за их услуги по любой цене. По гражданскому законодательству товар должен иметь определенную цену. Но установить цену на здоровье невозможно – значит, это - не товар, и не предмет купли-продажи. Именно поэтому **медицинские организации продают не результат услуги, не здоровье, а лишь процесс услуги**, - но тогда эти сделки являются, по сути, мошенническими, потому что **пациенты думают, что платят за здоровье, а получают только процесс**. Значительное число вмешательств в здравоохранении не имеет желаемого результата, то есть того, за что было заплачено. Тогда за этим должно следовать возмещение убытков потребителю, но этого не происходит, потому что пациенты часто не понимают, что их ввели в заблуждение.

Совокупность этих доводов ясно указывают на то, что система охраны здоровья – это армия, которая находится на содержании государства и воюет с болезнями. Любое иное понимание задач ведет к росту недоступности медицинской помощи, мошенничеству и хаосу.

В то же время, утверждение о том, что это дорого – является ложным, и делается теми, кто заинтересован в зарабатывании денег на болезнях и смерти людей. Вот некоторые цифры.

Заработная плата за год 600 тысяч врачей по 50 тысяч руб. на зарплату вместе с налогами составляет **500 млрд. руб.** Средний и младший медперсонал - **820 млрд. руб.** Лекарства стоят 1, 2 трлн. руб., притом, что нужных из них – не более, чем на 550 млрд. руб. (**сейчас государство расходует 240 млрд. руб.**). То есть **государство на основные статьи расходов тратит 1 560 млрд. руб.** В тоже время консолидированные расходы государства на здравоохранение (без строительства сооружений) в 2017 году составят **3,2 трлн. руб.** Население по данным ВОЗ тратит столько же. Возникает вопрос, в чем проблема? Почему не хватает денег? Как их вообще может не хватать?

Оказывается, деньги при многоканальном финансировании растекаются по псевдорыночным потокам (за одну услугу, купленную у своего же, построенного и оснащенного за счет бюджета учреждения здравоохранения, как на рынке, можно заплатить несколько раз – например, по тарифам ОМС (ФФОМС), по ВМП (бюджет), родовому сертификату (ФСС), платно); приписки сохраняются при диспансеризации, при вакцинации, при утяжелении КСГ (за более тяжелую больше платят).

В системе здравоохранения работает более 3,9 млн. человек, притом, что медицинского персонала около 2,5 млн. чел. Но имеются ЛПУ<sup>1</sup>, где на 500 штатных единиц приходится 147 человек персонала, который работает с пациентами. В другом ЛПУ<sup>2</sup> - 2 460 штатных единиц, из них медпомощь оказывают 1241 штатная единица (включая совместителей), а у главного врача имеется **16 заместителей. Нет сомнений, что их зарплата существенно выше, чем зарплата врачей.** Это два учреждения в Удмуртии, взятые для примера. Совершенно ясно, что для частного бизнеса такое соотношение числа кадров, создающих основную ценность деятельности, и числа вспомогательного персонала – совершенно недопустимо. Это требует введения твердого нормирования, исключаящего все лишнее из работы ЛПУ.

---

<sup>1</sup> <http://www.bus.gov.ru/pub/agency/123361?activeTab=1>

<sup>2</sup> <http://www.rkdc.ru/rkdc/page/administraciya/>

По сообщению Счетной Палаты РФ система ОМС на «посреднической» деятельности только в 2015 г. потеряла **30,5 млрд рублей**, которые не пошли на оплату медпомощи, а были направлены на расходы страховых медицинских организаций, которые в полной мере свои обязанности не выполняют<sup>3</sup>. Эта цифра составляет **50 000 годовых зарплат врачей по 50 000 рублей в месяц**.

При этом прямым интересом страховщиков является получение, как можно больших денег от государства и как можно меньшее их расходование, для получения большего дохода. Это означает, что у СМО имеется **прямой конфликт интересов с интересами пациентов и системой здравоохранения**. Именно поэтому невозможно говорить о том, что они будут защищать права пациентов – ведь защита прав пациентов приведет к удорожанию помощи, то есть к убыткам для СМО. Поэтому систему защиты прав пациентов, маршрутизацию пациентов СМО будут выстраивать в своих интересах, а не в интересах людей

**Возложить на страховщиков защиту прав застрахованных – все равно, что возложить защиту прав потребителей на магазины**. По данным Счетной Палаты РФ на одного сотрудника страховых медорганизаций приходится по 1 консультации в части оказания медпомощи и 1 жалобе в год.<sup>4</sup>

Ранее уже говорилось, что функцию страховщика на себе несет государство. Действительно, страховые компании в России не несут на себе страхового риска, а потому не являются страховыми, хотя и называются так. **Поскольку они не страховые, то нельзя развивать через них страхование, то есть поручение Президента РФ о развитии страхования не может быть выполнено через развитие «страховых медицинских организаций»**.

Возможность получить необходимые лекарства, имея статус инвалидов, стимулирует рост числа инвалидов. Есть основания полагать, что из 13 млн. инвалидов не менее 10% получили этот статус из-за лекарств. Но теперь государство оплачивает не только лекарства, но и пенсии. Если люди будут знать, что лекарства они получают без статуса инвалида, то государство может, если эти лица не станут подтверждать инвалидность, получить экономию на социальных пенсиях в размере около 150 млрд. рублей в год. Этой суммы, по мнению ряда экспертов, как раз не

---

<sup>3</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/29021](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/29021)

<sup>4</sup> [http://www.ach.gov.ru/press\\_center/news/29033](http://www.ach.gov.ru/press_center/news/29033)

хватает к нынешним 240 млрд. руб. госрасходов для бесплатного лекарственного обеспечения в рамках рецептурной части перечня ЖНВЛП.

Помимо этого, граждане используют дублирование льгот. Так, они монетизируют льготы, а лекарства получают по другим нормативно-правовым актам, например, согласно Постановлению Правительства № 890. Монетизация права лекарственного обеспечения фактически стала монетизацией конституционного права на медицинскую помощь, что само по себе незаконно, поскольку отказ от конституционного права не действителен - его нельзя монетизировать, и право на помощь сохраняется и после монетизации. В связи с этим государство несет огромные убытки. В Кировской области, например, бюджет в 2015 году выплатил 900 млн. руб. на монетизацию, а лекарств те же граждане получили еще на 250 млн. рублей, то есть субъект заплатил дважды за одно и то же.

Больше всего госучреждения в 2015 году переплатили за лекарства и медпрепараты — 23,9 млрд из 185,1 млрд руб.<sup>5</sup>. Условия проведения государственных закупок таковы, что иногда не просто позволяют участникам процесса манипулировать ценой, но иногда не позволяют ее снизить.

Приведенные примеры неэффективного управления отраслью ясно показывают, что денег в ней может быть и достаточно, но устройство системы содержит слишком много лишних элементов, которые не только оттягивают ресурсы и дублируют оплату, но иногда и противодействуют системе.

Множество противоречий в нормах законов и права – создают в реальности хаос, требуя устранения коллизий. Это начинается с основного - конституционного права на **бесплатную** медицинскую помощь, которая должна оказываться **в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения**, но рост платности составляет 25% в год по данным Счетной Палаты РФ. Очевидно, что это прямо связано с падением доступности бесплатной помощи в системе ГУЗ и МУЗ. При этом Конституция РФ установила порядок получения помощи: граждане платят за помощь через бюджет или страхователя. Именно поэтому при ее непосредственном получении они уже не платят. Нельзя оказывать помощь «гражданам бесплатно за счет граждан», что происходит в реальности. При этом, изменение формы ГУЗ и МУЗ, например, в ГЧП – лишает граждан

---

<sup>5</sup> <http://www.kommersant.ru/doc/3082038>



**конституционного** права на бесплатную медицинскую помощь, потому что в Конституции право реализуется только в ГУ и МУЗ. Так же и частные компании, входящие в ОМС, не несут на себе конституционной обязанности оказывать бесплатную помощь, в отличие от ГУЗ и МУЗ.

Между тем, есть все основания для улучшения эффективности здравоохранения.

Прежде всего, в основе здравоохранения должна быть административная, плановая, а не рыночная, система, где рассчитываются число и мощность ЛПУ на 10 тысяч населения или на 100 тысяч в случаях редких видов помощи, где определяется потребность системы в оборудовании, расходных материалах, и потребность населения в лекарствах, изучаются цены, обсуждаются условия и происходит централизованная закупка. Основная оплата работы персонала ЛПУ должна производиться по труду в установленные часы, и не зависеть от числа пациентов в пределах установленного предельного норматива. Превышение трудовых затрат учитывается отдельно. Тогда оплате по стандарту (протоколу лечения) подлежат только расходные материалы и лекарства, и тогда в тарифах ОМС нет смысла, поскольку закупка оборудования, расходного материала и лекарств должна обеспечиваться планомерно по заявкам ЛПУ и централизованно, что приведет к сокращению расходов на закупки, росту закупаемых партий, что снизит цены на торгах. **Это требует создания в системе ОМС системы планирования и отделов планирования. Эту систему проще контролировать, чем тысячи аукционов.**

Стимулирование системы осуществляется на основании только двух показателей: динамика смертности в регионе и удовлетворенность пациентов (вычисляется, как усредненная величина между разными способами и субъектами измерений). Не должны вводиться для стимулирования (наказания или поощрения) показатели, которые зависят от самой системы и ее участников, поскольку это приводит к существенному искажению всех показателей (например, число приписок по количеству услуг в Москве до перехода на подушевое финансирование амбулаторного звена составляло 70% - с 700 млн. ед. в 2013 году до 400 млн. ед. в 2014 году, т.е. 300 млн. к 400 млн. были приписками, и это лишь то, что определено, поскольку и в 2015 и в 2016 годах сведения о приписках продолжали поступать).

Важнейшим фактором эффективности является применение и внедрение новых технологий. Первый же вопрос, который возникает – где взять на это деньги? Однако в начале письма было сказано, что здравоохранение – это инвестиционная сфера. Как это работает в самом здравоохранении?

Например, благодаря внедрению телемедицины (дистанционной медицины) с 2008 до 2016 года в США число дней, проведенных пациентами в больницах, сократилось на 25%, а количество пациентов, лечение которым оказывалось не удаленно, а в стационаре — на 19%. Число очных встреч с врачами сократилось на 70% (данные Американской телемедицинской ассоциации)<sup>6</sup>. Понятно, что с развитием дистанционных технологий цифры будут еще более впечатляющими, причем в них еще надо включать экономию расходов на транспорт для пациентов и для врачей (включая санавиацию), время на посещение врачей и посещения врачами на дому, расходы на заполнение бумаг и на саму бумагу, и т.д. Таким образом, применение дистанционных технологий способно существенно изменить всю экономику здравоохранения. Но при том, что в России все ждут их внедрения, не слышно, что кто-то собирается учитывать их экономические эффекты. Если в результате внедрения дистанционной технологии только на 19% ожидается сокращение стационарных пациентов, это повлечет за собой сокращение расходов на стационары. Если этот эффект не учесть, то деньги так и останутся в стационарах на прежнем уровне, расплываясь на иные нужды. То есть можно сделать вид, что никакого эффекта от дистанционной медицины нет, просто потратившись на нее дополнительно.

Так в России и происходит все время, когда появляются новые лекарства, новые методы, новые приборы: **экономические эффекты не учитываются, и новые способы диагностики и лечения наслаиваются на старые, причем старые способы и лекарства действительно продолжают применяться и оплачиваться. Понятно, что так не хватит никаких денег.**

Приведу другой пример - с амбулаторными лекарствами. Сейчас люди покупают их сами, даже жизненно важные, но деньги на это есть не у всех. По нашему опросу 80% респондентов считают, что лекарства плохо доступны. Это приводит к тому, что люди не покупают лекарств. Например, человек с колебаниями

---

<sup>6</sup> <http://www.forbes.ru/tehnologii/337631-telemedicina-v-rossii-ot-fantoma-k-realnosti>

артериального давления не принимает лекарства от этого. В результате у него случается инсульт, родные вызывают скорую помощь, он попадает в стационар, где находится несколько недель, становится инвалидом (государство оплачивает пенсию, реабилитацию, дорогие лекарства), платит за больничный лист, и этот человек вряд ли когда-либо будет работать. Расходы и потери, которые здесь складываются, многократно превышают курсовую стоимость таблеток у нескольких десятков человек. Понятно, что, если бы этот человек получал лекарство, всех этих расходов не было бы, а человек еще бы и приносил доход, потому что работал бы.

Это значит, что пилотные проекты по внедрению лекарственного обеспечения должны включать в себя именно этот аспект: нужно научиться считать экономические эффекты в регионах в рамках межведомственного взаимодействия (ФФОМС, ФСС, Пенсионный фонд и т.п.). Это позволит регионам (возможно, даже через кредиты) или даже фармкомпаниям самим вкладывать средства в эти проекты под гарантии государственного финансирования с дальнейшим бюджетным разворотом, когда учет экономического эффекта позволяет вводить в проект все новые лекарства.

Эксперты небезосновательно считают<sup>7</sup>, что каждый рубль, вложенный в профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, дает 7 рублей дополнительного дохода, а рубль, вложенный в раннее выявление болезней опорно-двигательного аппарата, дает 3,5 рубля.

Учет новых технологий должен приводить к перераспределению средств даже между сегментами здравоохранения – профилактическим, амбулаторным, стационарным. Соответственно, должна быть и структура, которая будет определять эффективность технологий, лекарств и методов, отслеживать их внедрение, и сокращение расходов на устаревшие виды помощи. Вместе с организацией планирования – они вместе должны стать основными звеньями системы медицинской помощи и охраны здоровья, позволяя им динамично изменяться.

И последний необходимый штрих – это изменение системы ответственности. Как мы видим на практике, контроль СМО не улучшил качества медицинской помощи. В то же время и существующая уголовная ответственность врачей эту проблему не решила и не может решить, поскольку нельзя отрасль регулировать

---

<sup>7</sup> [http://www.przrf.ru/news/full/main\\_news/Minfin-protiv-zdravoohraneniya/](http://www.przrf.ru/news/full/main_news/Minfin-protiv-zdravoohraneniya/)

Уголовным Кодексом РФ. Эта проблема решается введением системы административной ответственности в КОАП РФ от мелких штрафов до лишения права заниматься медицинской деятельностью (отзыв сертификата). Эту функцию уже начинает брать на себя Росздравнадзор, но совершенно ясно, что этот орган может быть по-настоящему эффективен, только если будет работать независимо от профильного министерства, и его полномочия существенно изменятся.

Реализация даже предложенных мероприятий, а их будет существенно больше, потребует непосредственного участия Президента РФ – единственного в России органа власти, имеющего достаточно полномочий для организации сложных межведомственных процессов. Для выделения специальных полномочий из полномочий Президента РФ, есть смысл выделить полномочия по укреплению здоровья, наделив ими Верховного Комиссара России по укреплению здоровья населения, которую и будет занимать Президент РФ. В качестве Верховного Комиссара по укреплению здоровья населения России Президент РФ будет нести ответственность перед народом за организацию процесса укрепления здоровья, что представляется важнейшим и обоснованным шагом.

**Президент «Лиги пациентов»,  
член Экспертного совета при  
Правительстве РФ, эксперт РАН**



**А.В. Саверский**