



ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ **ЛИГА ЗАЩИТНИКОВ ПАЦИЕНТОВ**

<http://ligap.ru/>

8-800-100-2-765
liga@ligap.ru

19.09.2017.

ОТЗЫВ НА ПРОЕКТ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

К п. 8.

Развитие системы здравоохранения возможно при условии государственного регулирования, направленного на реализацию основных положений:

...

б) создание единой Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения, включающей участие медицинских организаций разных форм собственности и ведомственной принадлежности, функционирующей на основе единых правил и норм;

Национальная пациентоориентированная система здравоохранения предполагает наличие непациентоориентированной системы? Иначе, зачем об этом писать?

Термин «пациентоориентированность» в стратегии совершенно никак не раскрыт, заставляя задавать вопрос – все системы до этого работали не для пациента, то есть сами для себя? В чем разница? Очередная декларация, вместо, например, привития здравоохранению принципа лояльности к пациенту.

Кроме того, государство в неравной степени управляет своими учреждениями и частными, а потому не может в равной степени применять одинаковые подходы в регулировании. Риски исчезновения и перепрофилирования частных организаций очевидны – масса примеров на рынке, что делает эту сферу для государства не управляемой, то есть невозможно реализовать гарантии перед гражданами с помощью частного сектора.

Невозможно применять к разным формам собственности единые правила и нормы. В их уставах разные цели создания, у них разная экономика создания, а значит и деятельности, - как можно приравнять частную организацию, которой надо отрабатывать аренду, и которое создано для извлечения прибыли, и ГУЗ, которое создано за бюджетные средства, и целью которого является медицинская помощь, а не прибыль? Из-за попытки уравнивать и та, и другая системы паразитируют друг на друге – частная оказалась в ОМС, которая создана для ГУЗ и МУЗ, а ГУЗ и МУЗ оказывают платные услуги в нарушение Конституции РФ. Невозможно на противоречии интересов участников построить единую систему. И такая попытка приведет к ухудшению положения и участников, и пациентов.

з) обеспечение готовности работы системы здравоохранения, включающей участие медицинских организаций всех форм собственности, в условиях чрезвычайных ситуаций и на период военного времени.

Какое отношение частники имеют к ЧС и войне? Историческая справка: Россия проиграла Русско-японскую войну начала 20-го века, потому что железные дороги были в частной собственности - армию было везти не на чем. Первые, кто сбежит во время войны или ЧС – будут частники, или заломят такую цену, что потом сто лет отдавать будем.

Государство может надежно рассчитывать при выполнении программы госгарантий и ЧС только на свои учреждения и свои кадры.

К п.10

10. Российское государство является гарантом интересов граждан в сфере охраны здоровья, где каждый имеет право на медицинскую помощь, которая гражданам оказывается в государственных и муниципальных медицинских организациях бесплатно за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, страховых взносов, других поступлений.

При этом ничего не сказано про взрыв роста платных услуг, который по данным Счетной Палаты за 2015 год составил 25%, и про его причины. Не сказано и про рост частного сектора за последние годы, и что стало его причиной, хотя очевидно, что рост частного сектора и платности являются индикатором недостатков помощи в государственной системе. И это прямо можно поставить как негативный KPI для ответственных чиновников разных уровней.

Увеличение тарифов на медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий привело к их экономической привлекательности для частных медицинских организаций. За 2010–2016 годы в три с половиной раза увеличилось количество медицинских организаций негосударственной формы собственности, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий. Расширяется и спектр оказываемых ими услуг - от стоматологических и диагностических до гемодиализа, экстракорпорального оплодотворения, позитронно-эмиссионной томографии и компьютерной томографии, реабилитации, что развивает конкурентную среду в сфере оказания медицинской помощи, обеспечивая ее качество и доступность.

Тут нечем гордиться. Оплата услуг своим же учреждениям по тарифам – абсурдна, - все равно, что покупать у себя же выращенные на грядке помидоры. И этим воспользовались частники. Не проще ли планировать расходы по принципу содержания по статьям расходом, тем более, что основную часть этих расходов занимает зарплата персонала, а ее не сложно рассчитать и запланировать.

Не сказано, что в отличие от ГУЗ, частники могут выбирать виды помощи в ОМС. Тем самым, они выбирают самые выгодные виды помощи, оставляя ГУЗ и МУЗ самые невыгодные. В этом тоже состоит неравенство субъектов, и паразитирование частного сектора на государственном, что ухудшает положение последнего.

К п. 18. Врачи постоянно и массово сообщают о том, что сведения Минздрава об уровне их зарплат являются ложными.

К п. 20

Не сказано, что лекарства из Перечня ЖНВЛП амбулаторно платны, что противоречит понятию бесплатной медицинской помощи. Неясно, как может быть выполнен стандарт, если лекарства платны, а значит недоступны? То есть программа госгарантий не выполняется (помощь по стандартам), конституционное право на бесплатную помощь нарушается. Между тем, согласно ст. 37 ФЗ 326 лекарства входят в структуру тарифа ОМС, но это тоже не выполняется.

Не изучается проблема последствий прививочных кампаний. Число антипрививочников растет, потому что государство игнорирует причиняемый детям вред. Повышение давления государства вызывает еще большее

противодействие населения. В 2015 году при открытии личных кабинетов в ОМС было множество сообщений о приписках при вакцинации, что было известно из сообщений врачей и до этого. Нужна независимая комиссия по изучения последствий прививочных кампаний.

Врачи не выписывают рецепты, заставляют пациентов писать названия лекарств собственноручно. В аптеке можно купить почти любое лекарство, кроме наркотических, без рецепта. Контроль и мониторинг РЗН не достаточен.

Не отражена проблема применения лекарств офф-лейбл.

К п.21. Нужна система мер по выявлению факторов, влияющих на здоровье (ФВЗ), их унифицированной оценке, подавлению вредных и стимулированию полезных (управление ФВЗ). Это – совсем иная система улучшения (укрепления здоровья), а не просто его охрана или медицинская помощь.

К п .23

В ГЧП не действует конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь. Оно действует только в ГУЗ и МУЗ согласно ст. 41 Конституции РФ. Переводя ГУЗ и МУЗ в другую форму, государство лишает граждан конституционного права, что позволяет тем брать оплату или сооплату. ГЧП действуют на основании договора, а не на основании публичного права, как действуют ГУЗ и МУЗ, т.е. они гражданам ничего не должны в силу закона, а договор – кто знает, что там написано?

К. п.27

д) развитие системы управления качеством медицинской помощи на основе:

национальной системы клинических рекомендаций и разработанных в соответствии с ней критериев оценки качества медицинской помощи;

системы защиты прав пациентов, в том числе путем развития института страховых представителей в системе обязательного медицинского страхования;

СМО заинтересованы в сокращении своих расходов. Качественная помощь и помощь бОльших объемов стоит дороже, то есть это противоречит интересам страховщиков и их представителей. Это – прямой конфликт интересов СМО: прибыль против роста расходов на пациентов. Доверить им защиту прав пациентов – все равно, что доверить защиту прав потребителей магазину или страховой компании по КАСКО.

Нужно создавать нормальную систему административного контроля посредством Росздравнадзора. В противном случае имеется дублирование полномочий у СМО и РЗН, двойное наказание за одно нарушение разными субъектами контроля.

К. п. 28. Невозможно что-то достраивать, не имея системы планирования: выявления реальных потребностей населения в медицинской помощи путем исследований, и создания системы, способной обеспечить эти потребности. Необходимо так же иметь систему мониторинга, прежде всего, доступности помощи, а потом уже ее качества.

Здесь же должна быть система вертикального управления из федерального центра. Тогда вопрос о готовности к ЧС или военным действиям будет решен понятным образом.

К п. 38

38. Совершенствование добровольного медицинского страхования включающее: персонализированный мониторинг состояния здоровья; индивидуальные программы сопровождения пациентов при оказании медицинской помощи, а также программы сопровождения здоровых лиц, направленных на активное долголетие и сохранение трудоспособности.

Это не функция государства. ДМС – сфера частного бизнеса, к которому государство не имеет отношения.

К п. 42.

42. Целью Стратегии является создание условий, способствующих повышению качества и доступности оказания медицинской помощи населению, а также обеспечивающих соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья.

В качестве механизма достижения указанной цели является создание Национальной пациентоориентированной системы здравоохранения – системы, объединяющей все медицинские организации, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, функционирующей на основе единых правил и норм (единых требований к качеству и доступности медицинской помощи, квалификации медицинских работников и др.) с учетом особенностей и специфики, выполняемых в рамках законодательства Российской Федерации задач.

Целью стратегии должно быть улучшение здоровья населения.

А механизм – это выявление факторов, влияющих на здоровье, их оценка и управление ими.

К п. 45.

45. «Совершенствование государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере охраны здоровья граждан, занятых в отдельных отраслях экономики с особо опасными условиями труда и отдельными видами профессиональной деятельности, в том числе выполняющих отдельные виды работ:

Эта работа должна обязательно включать в себя пункт о выявлении и устранение противоречий в нормативно-правовом регулировании, а их множество: конституция не знает программы госгарантий и застрахованных, как связаны стандарт/клинический протокол/доступность лекарств, СМО не несут страхового риска, заинтересованы в снижении расходов, т.е. действуют против системы здравоохранения и пациентов, перечни льгот стали больше ограничительными, то есть нарушающими конституционное право, и т.п.

К п.47

47. Формирование эффективной системы профилактики заболеваний: предусматривающей солидарную ответственность государства, работодателя и гражданина в сфере охраны здоровья:

а) разработка мер, направленных на повышение ответственности работодателей за здоровье работников, а также ответственности граждан за свое здоровье:

Граждане уже несут ответственность за свое здоровье своим здоровьем, жизнью и налогами. Если бы они были здоровы, здравоохранение было бы не нужно.

К п. 55.

55. Совершенствование механизмов финансового обеспечения медицинской помощи

55.1 в условиях обязательного медицинского страхования:

а) в целях обеспечения равного права граждан на доступную и качественную медицинскую помощь необходима дальнейшая реализация принципов ОМС:

безусловная реализация права застрахованного лица на выбор врача и медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

А незастрахованного? У нас далеко не вся медпомощь – в ОМС. А зачем выбирать врача, если помощь по стандарту? Разве это правильная задача? Не важнее ли обеспечить качественную помощь у каждого врача? Не представляется возможным в системе участкового здравоохранения реализовать право на выбор, да и не зачем.

Там же

развитие клинико-статистических групп для оплаты оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и медицинской реабилитации;

Оплата должна быть не за услуги по тарифам, а по содержанию учреждения, как в армии, но со стимулом за удовлетворенность пациентов, плюс за снижение смертности в регионе действия ЛПУ, а за проступки - административные штрафы разной величины вплоть до лишения прав заниматься медициной.

г) развитие системы защиты прав застрахованных лиц страховыми медицинскими организациями, предусматривающие:

институт страховых представителей страховых медицинских организаций – сотрудников страховой медицинской организации, обеспечивающих информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, а также наличие их в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС;

и наличие их в каждой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС;

ведение застрахованного лица от момента подачи жалобы до момента ее разрешения (в том числе и в судебном порядке), требующего расширения возможностей страховой медицинской организации в части защиты прав застрахованного лица;

..

То есть представитель СМО находится в ЛПУ, пьет кофе с его сотрудниками, потом их же штрафует, а потом идет с ними же судиться?

Во взаимодействии с Всероссийским союзом страховщиков, саморегулируемыми организациями страховщиков:

а) разработка порядка, условий и правил добровольного медицинского страхования, которое предусматривает предоставление застрахованным лицам медицинских и сервисных услуг, не входящих в базовую программу ОМС, или осуществляемых на условиях, не предусмотренных базовой программой ОМС. Поэтапно это приведет к внедрению прозрачных

В ОМС входит не все, другая часть помощи покрывается бюджетным финансированием. Из написанного следует, что то, что покрывается бюджетом, можно включать в ДМС.

Нет никаких медицинских услуг, не входящих в БПГГ. Это – миф. А если БПГГ не покрывает какие-то виды помощи, то она требует изменений для реализации конституционного права на ЛЮБУЮ НЕОБХОДИМУЮ ПОМОЩЬ, иначе это нельзя считать помощью. Нельзя аппендицит вылечить дополнительно, и телевизор в палате не нужен стоимостью 10 тыс. в неделю. ДМС при том, что Конституция гарантирует бесплатную помощь, – ложная система, которая будет паразитировать на недостатках ОМС, как платная помощь развивается за счет недостатков бесплатной, и стимулирует эти недостатки, и уж государство ею точно не должно заниматься.

А вот разработка *Базовой программы бесплатных сервисных услуг при оказании медицинской помощи* нужна, иначе вход в туалет уже делают платным.

К. п. 57

Нужна задача «лекарственного обеспечения граждан необходимыми лекарствами бесплатно с учетом доплаты свыше референтных цен».

е) определение взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения;

Определение взаимозаменяемости экспертным путем приведет к постоянным судебным разбирательствам. Фактически это новая классификация ЛС на основе экспертных оценок, а не на основе молекулы (МНН). Применение такого подхода приведет к постоянному оспариванию с помощью мнения других экспертов результатов торгов. Взаимозаменяемость должен определять врач в интересах каждого пациента, он несет за это ответственность. Таким образом, сейчас стоит задача о выводе этого понятия из законодательства, как избыточного в системе регулирования.

К пп. д) 59

д) поэтапное введение принципов саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников;

Как может существовать саморегулирование в системе, регулируемой государством? Не надоели декларации и ложные цели, мешающие заниматься реальными проблемами?

К п.61

61. Основными направлениями международных отношений в сфере охраны здоровья должны стать формирование отношений добрососедства с сопредельными государствами, поиск согласия и совпадающих интересов с другими государствами и межгосударственными объединениями в процессе решения задач, определяемых национальными приоритетами страны в области охраны здоровья, создание на этой основе системы двусторонних и многосторонних партнерских отношений, всесторонняя защита прав и законных интересов российских граждан и соотечественников, проживающих за рубежом.

Основными направлениями международной политики должно стать изменение термина «здоровье» в уставе ВОЗ на «способность осуществлять нормальную жизнедеятельность, включая способность трудиться», это позволит экономически связать труд и здоровье, как способность трудиться. И превратит здравоохранение – в наиболее привлекательную инвестиционную сферу, а не в черную бюджетную дыру.

С уважением,

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



А.В. Саверский
+7-985-969-7561
saver@saversky.ru