

## Леонид Рошаль: диагноз российского здравоохранения



**Юлия Тutiна, «АиФ»: Леонид Михайлович, хотелось бы начать беседу с одного из самых злободневных на сегодня вопросов, о ситуации вокруг службы «скорой помощи». Сейчас, регулярно вскрываются проблемы, врачи «скорой» бастуют. В чем причина проблем?**

— По моему мнению, когда 4-5 лет назад придумывали переход «скорой помощи» и вообще медработников на одноканальное финансирование,

тогда не совсем были проработаны вопросы и подзаконные акты, которые помогли бы безо всяких издержек перейти на эту систему. Ведь раньше ФОМС оплачивал 5 статей: начисления на зарплату, покупка медикаментов, питание и т.п. Сегодня все, что тратилось непосредственно из бюджета местного здравоохранения, - оплата за электроэнергию, за воду, за транспорт, поддержка оборудования, аппаратуры, закупка и прочее, - все смешали вместе и назвали это одноканальным финансированием. Но нигде не получилось одноканальное финансирование. Кроме того, есть такой математический закон: от перемены слагаемых сумма их не меняется. Слагаемые остались те же, а их сумма почему-то изменилась – уменьшилась. Это, конечно, отражается на работе и «Скорой помощи».

**— Вы поддержали требования бастующих врачей «скорой помощи» в Уфе, почему?**

— Все очень просто: показать, что они не одни, и то, что многие вопросы, которые они ставят – правильные. Всякая работа должна быть оплачена. Когда из медиков делают рабов и требуют, чтобы они выполняли работу, больше положенной, но при этом не оплачивают ее, - это неправильно. Что касается причин сложившейся ситуации – это рукотворная работа. Сейчас начал Минздрав проводить служебное расследование для того, чтобы всю эту цепочку проследить: на каком уровне она надорвалась, произошёл сбой. Минздрав говорит, что все необходимые средства он в регион перечисляет. Почему такое происходит? Ему не понятно.

**— Недавно Национальная медицинская палата внесла свои предложения к поправкам к приказу Минздрава, регламентирующему порядок оказания скорой медицинской помощи. Как они повлияют на работу «Скорой помощи»?**

— Все эти поправки - не нами придуманы. Изначально приказ был сделан кулуарно. Тогда даже не посоветовались с главными врачами скорой помощи. В рамках созданного нами Координационного совета Минздрава и Национальной медицинской палаты мы решили поставить вопрос о необходимости изменения этого приказа. Мы работали довольно плотно и недавно состоялось заключительное совещание, где были отработаны отдельные пункты.

Мы этот проект приказа разослали по станциям скорой помощи и с ними его обсудили. Поэтому в этих поправках к проекту приказа уточнены вещи, которые позволят скорой медицинской помощи работать лучше. Например, мы предложили дать больше полномочий регионами для принятия решений - это одно из основных требований всего медицинского сообщества. В каждом регионе есть свои особенности. В одном регионе, например, считают, что нужны кардиологические бригады, и их делают. Другие регионы считают, что им это не нужно. Если так считают, то это их решение, надо смотреть, что и как будет работать.

Достаточно сложный пункт в приказе – это регламент вызовов. В приказе: при угрозе жизни должна быть вызвана «Скорая». А что такое угроза жизни? Поэтому мы сейчас с помощью реаниматологов, посоветовавшись с представителями «Скорой помощи», расписали приложение к этому приказу, где конкретно определили, что такое угроза для жизни. Расписали очень подробно, иначе фельдшер, который принимает вызов, скажет, что это не угроза для жизни, а человек погибнет. Поправок много и они полезны и для пациентов, когда на вызов приезжает машина в которой все будет, будет квалифицированный доктор, это несомненно улучшит качество оказания скорой помощи. В целом, для того, чтобы скорая медицинская помощь работала, нужна государственная программа. Надо знать, когда мы насытим полностью автопарк скорой помощи, как мы оборудуем ее, как мы подготовим кадры: сколько будет врачей, сколько будет фельдшеров, сколько будет сестер, какие формы работы будут. Вот такую программу необходимо разработать.

**– Но все требует денег, а в следующем году запланировано снижение финансирования здравоохранения чуть ли не на 100 миллиардов рублей.**

– Это будет преступление. Вместо того, чтобы наращивать долю здравоохранения, его дальше снижают. Здравоохранение может просто встать, если государство серьезно не пересмотрит эту проблему. Это и социальные вопросы, и зарплата, и распределение выпускников после окончания мединституты, обучавшихся там за государственный счет. Этим надо заниматься. И переломить финансовую ситуацию можно – на это, в целом, по сравнению со всем бюджетом, много денег не надо. Государство заинтересовано в том, чтобы очень бережно относиться к своим расходам, и я это хорошо понимаю. Но, когда поднимают руку на здравоохранение, – вот этого я никак не понимаю. Нужно дать здравоохранению хотя бы 5% от ВВП, используя нашу, еще не совсем разрушенную государственную систему здравоохранения, которую сейчас просто рушат.

**– Недавно Счетная палата раскритиковала работу Минздрава, указав на недоработки ведомства в отношении разработки медико-экономических стандартов. Обоснована ли критика?**

– Сейчас мы видим не совсем нормальные отношения между Минздравом РФ и Счетной палатой. В Счетной палате работает заоблачно много бывших работников Минздрава – тех, кто раньше работал в Минздравсоцразвития и которых «ушли». А сейчас они терроризируют работу Минздрава, который пытается решить те проблемы, которые эти бывшие работники ведомства и создали. Порой Счетная Палата дает весьма тенденциозные заключения. Общероссийский народный фронт дважды по инициативе Счетной палаты проводил обсуждение различных проблем, и все время Счетная палата оказывалась в невыгодной для себя ситуации, потому что многие факты, которые они приводили, вызывали возражение не только Минздрава, но и со стороны представителей территорий, которые были там. Это неправильно, и мы открыто говорим об этом.

Что касается медико-экономических стандартов. О стандартах говорят уже более 6 лет. В Минздравсоцразвития делали эти стандарты, но они вызывали возражения. Прежде всего потому, что они должны полностью окупать наше лечение, нашу диагностику, но не делают этого. Потому что в основе стандарта все-таки лежат тарифы. И на основании этого можно сказать, что лечение больного стоит столько-то. Но тарифы, которые разработаны, очень многое сейчас не учитывают. Получая деньги по тарифам через стандарт, – врачи сейчас сидят на мели, и этот вал увеличивается.

**– Но медико-экономические стандарты – это механизм, который позволяет определить объемы финансирования.**

– Только никакого отношения к лечению больного они не имеют, это – средние показатели по лечению. Такого нигде в мире нет, только у нас. Нельзя оценить качество медпомощи по стандарту, нельзя по нему и лечить. Когда мы рассчитываемся с ФОМС, тогда используем эти данные, но мы по ним не лечим больных, а лечим по клиническим рекомендациям, которых раньше не было. Только сейчас мы их разрабатываем. Кроме того, если у пациента есть сопутствующие заболевания, нетипичное течение заболевания или осложнения и т.п., стандарт становится недостаточным. Мы должны лечить людей по протоколам и клиническим рекомендациям. И вот сегодняшний Минздрав повернулся лицом к этой проблеме, потому что министр – врач, а не финансист, и понимает что нужно делать.

**– Как же тогда контролировать и рассчитывать медицинскую помощь?**

– Путь по которому сейчас пошел Минздрав, это путь по которому уже давно идут на Западе. Это не выдумка, как медико-экономические стандарты. Наиболее эффективный способ оплаты и формирования тарифа, применяемый сегодня в мире происходит на основе клинко-статистических

групп (КСГ). Нужно создавать стандарты, которые объединяют заболевания в одну клинико-статистическую группу на основе характера медпомощи и структуры тарифа на ее оказание. По клинико-статистическим группам сегодня работают и в Германии, и в Америке. Там не работают по медико-экономическим стандартам. Данный способ оплаты позволяет доводить финансовые ресурсы адресно и точно до каждого лечебно-профилактического учреждения. Министр просто сделала шаг вперед в цивилизованный мир. Клинические протоколы будут позволять эффективно лечить и контролировать лечение, а КСГ позволят дифференцированно платить, и справедливо возмещать расходы в зависимости от фактических затрат.

**— А как сейчас обстоят дела с лекарственным обеспечением? Как Вы относитесь к тому, что сейчас есть установка на импортозамещение лекарственных средств?**

— Мне безразлично, какие лекарства покупать импортные или наши. Мне, во-первых, важно знать, что это не подделка и что лекарство эффективно. Даже я, когда прихожу в аптеку, то не всегда уверен, что покупаю лекарство, которое будет работать. У меня самого было несколько случаев, когда я покупал наши отечественные лекарства, принимал, и они не работали. Потом мне привозили из-за рубежа такое же лекарство, и оно работало. Во-вторых, важно, чтобы лекарство стоило в 2-3 раза дешевле той цены, по которой они продаются сегодня. Сейчас цены на лекарства у нас огромные. Еще нам очень много надо работать с фармацевтической промышленностью. У нас очень мало очень российских оригинальных препаратов. Плодом страшных 1990-х годов было полное разорение нашей фармпромышленности, и теперь субстанцию и сырье для антибиотиков мы вынуждены закупать за рубежом для того, чтобы производить их в России. В итоге мы попали на иглу. А это уже проблема государственной безопасности.

**— Продолжаются и проблемы в сельской медицине, несмотря на наличие ФАПов и крупных региональных центров.**

— Несмотря на наши старания, - сказать, что у нас сильная сельская медицина нельзя. Это связано и с кадровым дефицитом, несмотря на попытки правительства давать по миллиону рублей врачам на селе. Молодые едут, но недостаточно. Мы еще долго будем добирать кадры. ФАП на селе – это была замечательная выдумка советской медицины, те же сельские больнички – когда работали там 4 врача (хирург, терапевт, акушер-гинеколог и педиатр) и обслуживали весь сельский район. А сейчас их заменяет врач общей практики. Как может быть лучше? Участковые сельские больницы были соединены с центральной районной больницей, а ЦРБ – с областной больницей, была инфраструктура. Сейчас она сломалась. Есть регионы, где ФАПы переделывали во врачей общей практики. Это я поддерживаю. Но когда закрывают ФАПы, то это неправильно. Если ФАП закрывают, мы должны быть убеждены в том, что даже 100 жителям деревни должна быть без проблем оказана медицинская помощь. И потом мы устали от всяких реформ, дайте нам спокойно поработать и хватит трепать нервы.

## **Советы доктора Рошалья**

### **Как защитить ребёнка**

Чаще всего несчастные случаи с детьми младшего возраста происходят дома. Многих ситуаций можно избежать, если:

- продумать безопасную расстановку мебели;
- оборудовать окна ограничителями открывания;
- правильно хранить домашнюю утварь и бытовую химию;
- не ставить рядом ёмкости с бытовой химией и бутылки с соком и водой.

### **Как выбирать игрушки**

- Избегайте ларьков и уличных продавцов.
- Перед тем как приобрести игрушку, понюхайте её. Если игрушка имеет запах - значит, она выделяет вредные химические вещества.
- Проверьте, прочно ли прикреплены к куклам и мягким игрушкам глаза, носы, уши и другие детали.
- Не давайте ребёнку до 2 лет играть с мягкими игрушками. Мех может стать причиной удушья.
- Не оставляйте играющего малыша без присмотра.