

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО – НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ



РУКОВОДИТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА
Владимир Викторович Уйба

В последние годы роль ФМБА России в организации отечественного здравоохранения значительно усилилась. Помимо традиционных направлений Агентство теперь курирует множество новых, в том числе работу медико-социальной экспертизы и службу крови, которые ранее находились в ведомстве Росздрава.

В 2009 году пройдет реорганизация и переоснащение центров службы крови в 21 субъекте РФ, в 2010 году – в 26 субъектах РФ, в 2011 году – в 23 субъектах РФ. Остальные 15 субъектов уже включены в программу в минувшем году. Среди изменений, которые ждут центры крови, – обязательное использование инактивационной установки в каждом центре, что позволяет сделать безопасной донорскую кровь, уничтожить в ней все вирусы. Причем система построена так, что работает без вмешательства человека. Более того, если где-то кто-то попытается «подкорректировать» данные и выдать забракованную системой кровь за пригодную или изъять пакет с плазмой до того, как система его одобрила, то уведомление об этом сразу поступит в головное учреждение – Центр крови ФМБА России.

Также будет создана единая база данных по донорам всей страны, которой смогут пользоваться в любом центре крови. На сегодняшний день человек, желающий стать донором, может сделать это только в регионе проживания.

Модернизация службы будет продолжена. До 2012 года в систему включатся все станции переливания крови субъектов Федерации, далее начнем оснащать районные. Только в этом году на программу планируется затратить 4,2 млрд. рублей. Из них 3,2 млрд. рублей – на оборудование, 600 млн. рублей – на информационную систему и 400 млн. рублей – на коммуникационную программу развития донорства. Последняя составляющая не менее важна для нас. Ведь к чему хорошее оборудование, если нет донора? Программа прошлого года позволила на 15–30% увеличить число доноров в тех регионах, где она проходила. И это очень хороший результат.

В 2009 году финансирование по данной программе составит 4,2 млрд. рублей. Из них 3,2 млрд. рублей пойдут на оснащение центров крови, 600 млн. рублей – на информационное обеспечение, 400 млн. рублей – на пропаганду донорства. Говоря о числе доноров в стране, надо отметить положительную тенденцию – в ряде регионов за прошедший год число доноров увеличилось до 30%. На сегодняшний день в стране приходится 25 доноров на каждую 1000 населения. Чтобы полностью обеспечить себя плазмой крови, мы должны привести этот показатель к 40 донорам на 1000 населения. В целях пропаганды донорства будет учрежден орден «Донор славы».

Сокращения расходов по программе развития службы крови в РФ не будет. Нам, как и всем федеральным ведомствам, срезали на этот год 15% на ремонт и иные нужды, однако это ни в коей мере не касается развития службы крови и донорства. Все расходы, намеченные по программе, рассчитаны с учетом 35 рублей за 1 доллар. Если курс отношения рубля к доллару составит до 40 к 1, мы уложимся во все намеченные мероприятия в 2009 году. Если же соотношение станет большим, расходы части субъектов РФ, в которых должны были начаться работы, будут перенесены на 2010 год.

На ближайшее время у ФМБА России много задач. Одной из важнейших является проблема инвалидов, которых на сегодняшний день в стране около 13 млн., а по прогнозам на 2009 год их станет на 1 млн. больше. Отсюда и вытекают наши планы на ближайшие несколько лет. Недопустимо, например, чтобы бюро медико-социальной экспертизы находилось на пятом этаже рабочего общежития. Кстати, само понятие «инвалид» существует только в нашей стране, на Западе давно пользуются термином «человек с ограниченными возможностями». Ну а мы хотим доказать, что инвалид, как и любой другой человек, имеет безграничные возможности.

Агентство не изолировано от проблем всей России. Мы, например, решаем задачи медико-социальной экспертизы российских граждан и предлагаем очень жесткие меры по наведению в ней порядка. Но тут, кроме жесткости, нужны воля и помощь государства. Сейчас главное – изменить структуру службы и обязательно изменить отношение к инвалидам. Они не должны быть изгоями.

С того момента как медико-социальная экспертиза (МСЭ) перешла в ведение ФМБА России, сотрудниками Агентства была начата разработка стратегии, в основу которой было положено последовательное совершенствование МСЭ и медицинской реабилитации инвалидов. В 2008 году ФМБА России уже провело анализ состояния службы МСЭ, благодаря чему были выявлены актуальные проблемы и определены основные направления работы. В ближайшее время все силы ФМБА России будут направлены на то, чтобы отремонтировать помещения, в которых располагаются бюро МСЭ, обеспечивая их не только самой новой аппаратурой, позволяющей качественно проводить экспертные процедуры, а также обеспечивать контроль за выполнением индивидуальных программ реабилитации, но также и транспортом. На оснащение транспорта МСЭ необходимо выделить 465 млн. рублей, тем самым планируется практически закрыть тему специализированного транспортного оснащения.

Нужно менять нормативную базу. Сегодня общество само ограничивает инвалида, присваивая ему, к примеру, I группу. Для большинства – это приговор. А человеком необходимо заниматься, реабилитировать его, тем самым стремясь перевести в более легкие группы. И вовсе не для того, чтобы уменьшить выплаты, а с целью повысить качество его жизни, дать возможность работать. Для этого нам предстоит ввести понятие реабилитации. Мы сейчас начали готовить площадки, где можно будет заниматься реабилитацией. Первая из них в Красноярске. Там находится наша медсанчасть с большой больницей, а недавно добавился и окружной медицинский центр – хорошая база для пилотного проекта. В Красноярском крае проживает более 200 тыс. инвалидов, при этом на сегодняшний день там разработано около 70 тыс. индивидуальных программ реабилитации, то есть для каждого третьего. При этом 50% инвалидов после реабилитации присваивается более легкая группа. До сих пор в России отсутствовали бюро медсоцэкспертизы, которые в полной мере соответствовали бы требованиям инвалидов. То, что мы делаем в Красноярске, перевернет представление об инвалидах и у врачей, и у самих людей с ограниченными возможностями, и у общества.

Другое дело, что заниматься реабилитацией надо на подготовленной профилактической базе. Пока у нас в стране профилактикой серьезно не занимаются. А нужно создавать систему здравоохранения для здоровых людей – профиктологию, если хотите. Хотя, наверное, нет необходимости новый термин придумывать, поскольку он уже есть – здравоохранение, то есть охрана здо-



ровья, а мы только болезни лечим. Если сегодня человек, сохранивший какое-никакое здоровье, решит прийти в поликлинику и обследоваться, пройти диспансеризацию, то ему не позавидуешь. От здорового человека у нас врачи сегодня отмахиваются, а когда он к 40–50 годам набирает целый «букет» болячек, тогда и начинает ходить по кабинетам. Нет сегодня и врачей, которые занимаются сохранением здоровья, нет такой специальности в медицинских вузах. Считаю, что ее нужно вводить, это следует учесть в концепции развития здравоохранения.

Вот все недовольны системой обязательного медицинского страхования (ОМС). И, наверное, правильно. Поскольку полис ОМС не дает тех прав пациенту, которые были декларированы.

Предположим, завтра полис станет полностью обеспечен финансированием. Но задача совсем не в этом – чем больше будут финансировать болезнь, тем больше государство станет тратить на лечение. И мы по-прежнему будем недовольны системой. Начинать надо с самих себя, с головы. С профилактики. Приведу в пример систему ОМС в Германии. Там, если человек активно участвует в системе профилактических мероприятий, то ему государство гарантирует оказание самой современной, самой высокотехнологичной, бесплатной, то есть в рамках ОМС, помощи. Например, понадобилось человеку провести стентирование сосудов сердца – пожалуйста. Но если этот человек курил, если он не выполнял предписаний после профосмотра, то извините – за стентирование придется платить. И эта система работает достаточно эффективно.

Наше ведомство разработало и предложило программу оказания специализированной медицинской помощи мужскому населению. Она и называется соответственно – «Мужчинам – здоровье и долголетие». Программа долгосрочная, многоэтапная, дорогая. Упор в ней сделан на профилактику, раннее выявление заболеваний мочеполовой системы у мальчиков первых дней жизни.

Это задача первичного звена здравоохранения – детской консультации, поликлиник для детей и взрослых, специализированных урологических стационаров.

К сожалению, специалистов в этой области явно недостаточно. Поэтому мы подходим к проблеме комплексно. Одна из составляющих – подготовка специалистов и оснащение службы необходимым современным оборудованием.

Но в основном причина иная – не станет «узкий» специалист работать в примитивном кабинете без современной диагностической базы, без специализированных урологических коек, без поддержки целевой государственной программой.

Например, программа «Здоровье» положительно сказывается на росте рождаемости, снижении показателей младенческой смертности, стабилизации уровня материнской смертности, бесспорно. Однако есть одно «но». И, на мой взгляд, очень существенное – некое пренебрежение к мужскому здоровью. Как будто они вовсе не причастны к тому же повышению рождаемости.

На разных уровнях мы приводим цифры, демонстрируем показатели того, что мужчины живут существенно меньше женщин. Российские демографы ввели даже понятие «мужская сверхсмертность», которая присуща только нашей стране. И на этой констатации порой все и заканчивается. А ведь это очень тревожный сигнал. И расценивать его нужно как угрозу социальному благополучию, экономической безопасности и, наконец, обороноспособности государства. Если ситуация не изменится, то через 30–40 лет в стране не будет здоровых восемнадцатилетних, которые должны нас защищать.

Разве можно жить одним днем? Если мы сегодня не озаботимся тем, что предстоит нам, нашим детям, внукам, стране, то зачем мы?

Здоровье было всегда дорого, а сегодня особенно, но платные услуги в государственной больнице – это нонсенс! Я этого не понимаю. Если мы говорим о государственной системе здравоохранения, то государство должно выдать человеку документ (полис), при наличии которого пациент может получить медицинское обслуживание бесплатно. Объем и перечень гарантированных услуг также должны быть четко определены. Причем стандарт этот должен быть одинаков для всех граждан страны – будь он омичом, жителем Сахалина или Москвы. В отношении медуслуг, гарантированных данным перечнем, и мысли не должно ни у кого возникать о мздоимстве.

С другой стороны, государство должно посчитать, а сколько каждая услуга стоит реально. Ведь сегодня в регионах с каждого работающего собирается «дань», а за неработающего платит администрация. Эти деньги поступают в территориальный фонд ОМС. Затем подсчитывается число застра-



хованных. Таким образом, собранные деньги путем простого деления распределяются на количество жителей того или иного региона. При этом надо понимать, что бюджеты в субъектах Федерации разные – есть профицитные, есть дефицитные. То есть стандарта на этом этапе уже нет, оперируют суммой, которая положена в год на каждого жителя области. Но суммы-то эти в различных регионах неодинаковы! Расчет при этом на то, что из десяти человек в больницу обратятся один или два.

Должно же все происходить совсем не так. Необходим некий коэффициент «болезненности», исчисляемый в рублях в расчете на человека. Другими словами, необходимо подсчитать среднюю стоимость одной болезни. Уверяю вас, получится серьезная сумма, ведь в ней будут учтены и заработная плата врача с медсестрой, и медикаменты, используемые при лечении в стационаре, и многое другое. Часть средств на это должна поступать через ОМС, а часть государство обязано дотировать.

Наша программа началась не «сверху», а «снизу» – на территории 10 субъектов страны, где ее финансирование было обеспечено местными бюджетами. И дело даже не в самих деньгах, хотя это архиважно. А дело в том, что это добрый знак – сами субъекты начинают осознавать значимость охраны здоровья. Очень надеюсь, что такое понимание проблемы придет и на уровне государства.

Отношение к здоровью нужно изменить и со стороны государства, и медиков. Но уверяю вас: ничего не получится, если сами граждане будут относиться к нему так, как относятся теперь. Например, курение. Это самое первое звено собственного отношения к божественному дару – здоровью. Здесь начало начал охраны здоровья и женщин, и мужчин. Потому что принципы формирования культуры здоровья общие.

С недавних пор ФМБА России передан ряд научно-исследовательских институтов, лечебных и санаторно-курортных учреждений. В частности, в качестве головного по этому направлению Агентству передан Санкт-Петербургский институт медицинской радиологии и радиохирургии. Таким образом, появилась исследовательская база для подготовки нормативов в данной области. Нам передан также Санкт-Петербургский институт гематологии и трансфузиологии и др. Очень важно, что в ведении ФМБА России появился колледж в Санкт-Петербурге, занимающийся подготовкой медтехников – прекрасная площадка для подготовки реабилитологов, ортопедов. Наша структура сильно разрослась, и это вносит в работу Агентства определенные коррективы. Но если правильно построено управление, неважно, сколько учреждений в твоём подчинении. Ресурс исчерпывается только тогда, когда есть ошибки в системе управления. У нас главный врач больницы – это действительно наделенный полномочиями человек, мы не вмешиваемся поминутно в его работу. Но он в полной мере несет ответственность за свою деятельность, за выполнение возложенных на учреждение задач. В ФМБА России, разумеется, отлажена система отчетности. Агентство действительно сейчас огромное, но и ресурс велик, и я не вижу на сегодня каких-то проблем с управлением.

В настоящее время прибавилось задач и ответственности у территориальных органов (их по всей стране 46), которые раньше занимались только санэпиднадзором.

До передачи новых учреждений в системе Агентства работали 560 тыс. человек. Теперь нас еще больше. Но дорога в тысячи миль начинается с первого шага. Ни одно учреждение нам не передали случайно. Будем работать. А выстроенная система управления поможет нам справиться.

Основополагающим моментом в концепции развития здравоохранения до 2020 года, на мой взгляд, должно быть воссоздание вертикали управления в отрасли. Той самой вертикали, которая была утрачена в годы перестройки. Что такое отдельно взятое здравоохранение Бурятской Республики или Краснодарского края? У нас одна страна, в ней должно быть одно здравоохранение. Да, в субъектах, безусловно, есть свои особенности, но принципы и подходы должны быть одинаковые, не зря в последнее время идет работа над стандартами, едиными и для столицы, и для районного центра. Причем весь смысл введения стандартов должен быть направлен на профилактику и раннее выявление заболеваний. Всем известно, что наибольшая смертность сегодня в стране от сердечно-сосудистых заболеваний. А причина банальна – нелеченная гипертония. Западные коллеги обычно недоумевают, как россияне доводят заболевания до таких запущенных форм. Будут стандарты, будет вертикаль, тогда министр сможет спросить с каждого регионального руководителя здравоохранения за конкретные цифры.