Настоящее и будущее системы здравоохранения: реформирование начинается сегодня

8 декабря состоялось очередное заседание общественного совета при Министерстве здравоохранения Украины, на котором рассматривались вопросы стратегии реформирования первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В рамках мероприятия обсуждалось выполнение общегосударственной программы развития ПМСП на принципах семейной медицины, рассматривались инвестиционные проекты в сфере здравоохранения. Кроме того, в повестке дня были представлены следующие законопроекты: «Основные принципы деятельности в сфере здравоохранения», «Об учреждениях здравоохранения» и «Об обязательном государственном социальном медицинском страховании».

Открыл заседание **заместитель министра здравоохранения Игорь Валентинович Яковенко.** В своем докладе он остановился на том, что базовым документом для планирования стратегии реорганизации системы здравоохранения стал проект закона, рассмотренный общественным советом при МЗ еще в июле 2008 г., в котором акцент сделан на приоритетности комплексного подхода, необходимого для успешного осуществления реформы. Специалистами МЗ Украины был обобщен и изучен отечественный и зарубежный опыт преобразования медицинской сферы. Расхожее мнение о том, что для проведения реформы достаточно перенять одну из устоявшихся и успешных зарубежных моделей, не совсем верно. В мире нет двух стран с одинаковыми системами здравоохранения, тогда как вариантов их построения – огромное количество: от бюджетной модели, составляющей около 45% общего количества всех моделей, до исключительно страховой медицины; в свою очередь, эти варианты подразделяются на подсистемы модели, что обусловлено спецификой системы здравоохранения, находящейся на стыке экономической и социальной сфер деятельности человека.

Если исходить исключительно из экономических соображений, то необходимо приватизировать все медицинские учреждения, разработать ценовую политику и ввести оплату за все медицинские услуги. В таком случае будет создана эффективная экономическая система в здравоохранении, но пострадает социальная составляющая: для части населения необходимая медицинская помощь окажется недоступной. В то же время, если возлагать на государство все обязанности по материальному обеспечению системы здравоохранения, то возникает ситуация нехватки бюджетных средств. Таким образом, необходимо разработать модель системы здравоохранения, эффективную как в экономическом, так и в социальном плане.

В США, Франции, Германии только за последние 15 лет основные подходы к организации системы здравоохранения кардинально менялись 2-3 раза; это свидетельствует о том, что процесс реформирования медицинской отрасли происходит постоянно во всем мире, а проблемы, возникающие в ходе модернизации, по сути, одинаковы.

Данные Института демографии и социальных исследований НАН Украины свидетельствуют о том, что в нашей стране медицинские факторы влияют на здоровье населения меньше, чем немедицинские, что является показателем недостаточной эффективности функционирования системы здравоохранения. Основные недостатки медицинской отрасли обусловлены рядом факторов, таких как низкий уровень ПМСП; деформация структуры медицинской помощи; несоответствие уровней оплаты труда и нагрузки на медицинских работников; крайне низкие показатели финансирования из внебюджетных источников (за счет добровольного страхования, спецфондов, и т. д.); неэффективность использования имеющихся ресурсов. Такая ситуация сложилась из-за постоянного пересмотра стратегии реформы медицинской отрасли, непоследовательности принимаемых решений, отсутствия комплексного подхода к преобразованиям, а также влияния лоббистских групп.

Перед внедрением новой стратегии реформирования медицинской службы специалистами МЗ Украины было принято решение о проведении повсеместной комплексной инвентаризации. В настоящее время на рассмотрении в Верховной Раде находится проект закона об основных принципах деятельности в сфере здравоохранения, в котором отражены существенные дополнения терминологической базы, относящиеся к медицинским услугам, медицинской помощи, медицинской ошибке; регламентируются полномочия представителей различных уровней власти; рассматриваются вопросы организации университетских клиник; определена система стандартизации оказания медицинской услуги (законность финансирования и алгоритм его осуществления). В законопроекте регламентировано оказание гарантированной бесплатной медицинской помощи, включая экстренную, первичную, амбулаторную, доклиническую, стационарную в случае острого заболевания, неотложную, доврачебную, санаторно-курортную медицинскую помощь, а также помощь инвалидам и др. Наряду с этим включена статья, в которой приводится список платных медицинских услуг и оговаривается право Кабинета Министров дополнять этот список. Законопроект определяет и порядок оказания платных медицинских услуг: таковые предоставляются в случае, если медицинская услуга не входит в категорию бесплатных, отсутствует направление врача первичного звена или узкого специалиста. В разделе, касающемся социального медицинского страхования, предусмотрены льготы для медиков, работающих в сельской местности.

На рассмотрении в Кабинете Министров находится проект закона об учреждениях здравоохранения, в котором четко определены особенности функционирования медицинских учреждений разного типа. Согласно подготовленному законопроекту бюджетные организации здравоохранения создаются в установленном порядке органами государственной власти или органами местного самоуправления и финансируются при этом из соответствующих бюджетов. Бюджетные медицинские учреждения имеют обособленное имущество, самостоятельный баланс, счета в органах государственного казначейства и являются неприбыльными организациями.

Кроме того, в зависимости от способа финансирования и организационно-правового статуса в законопроекте выделены

казенные предприятия, осуществляющие деятельность за счет государственного бюджета; университетские клиники, являющиеся по статусу государственными унитарными предприятиями; частные клиники, действующие согласно законодательству о хозяйственных обществах.

В проект закона были включены положения, регламентирующие работу медицинских объединений.

Возвращаясь к вопросам общегосударственной программы развития ПМСП, следует упомянуть о фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПах) в населенных пунктах с количеством жителей более 300 человек и амбулаториях (в селах), где согласно установленным нормативам должны принимать несколько семейных врачей. При обращении больного в ФАП медицинская помощь оказывается на месте либо вызывается бригада скорой помощи. Предусмотрена возможность записать больного на прием к семейному врачу, работающему по графику на закрепленной территории, или направить пациента в амбулаторию. В городах планируется создание амбулаторий, насчитывающих в штате по 3-4 врача (количество таких учреждений будет регулироваться в зависимости от численности городского населения).

В плане модернизации специализированной медицинской помощи были произведены расчеты, согласно которым выявлена нехватка материальных средств, необходимых для создания и оборудования больших специализированных больниц в каждом районе отдельно. Изучив европейский опыт по созданию госпитальных округов, специалисты МЗ Украины приняли решение испытать подобную систему и в нашей стране. В Украине насчитывается приблизительно 280 городов, в которых планируется создание подобных округов. Предполагается, что окружные больницы будут рассчитаны на обслуживание 150-200 тыс. населения, выполнение не менее 4 тыс. оперативных вмешательств и 400 родов в год. Именно на их базе и будет оказываться специализированная медицинская помощь. Планируется сформировать в округе одну многопрофильную больницу, остальные медицинские заведения будут разделены на учреждения восстановительного, специализированного планового лечения, учреждения по уходу за инвалидами, пожилыми людьми, хосписы. Кроме того, будет создано отдельное заведение, специализирующееся на консультативно-диагностической помощи населению.

Университетская клиника является звеном медицинской помощи и имеет собственные отличительные черты в каждом округе. Управление финансированием узкоспециализированной медицинской помощи решено передать в ведение окружной больницы, которая займется составлением договоров, созданием корпорации и направит путем трансферов материальные средства на совместную деятельность в университетскую клинику и другие учреждения (специализированные клиники, диспансеры и т. д.).

Финансирование первичного звена медико-санитарной помощи перенаправляется в районное управление и будет осуществляться по количественному принципу в зависимости от численности проживающего населения. Средства, необходимые для специализированной медицинской помощи, будут сконцентрированы в областных бюджетах. В дальнейшем планируется осуществлять финансирование также в зависимости от предоставляемых услуг (для этого необходимо высчитать их стоимость, исходя из утвержденных клинических протоколов), а заработная плата медицинским работникам будет состоять из постоянной и премиальной частей.

Относительно проектирования модели страховой медицины необходимо отметить, что страховые системы во всем мире подразделяются на следующие основные

группы: организованные с привлечением страховых компаний; от отдельного фонда медицинского страхования, включающего работодателей, профсоюзы и государство; от фонда страхования, находящегося под управлением государства, который и было решено организовать в нашей стране. Поскольку материальных средств, необходимых на создание системы страховой медицины, в Украине недостаточно, МЗ Украины приняло решение проводить этот процесс постепенно.

Заместитель председателя общественного совета при МЗ Украины, член наблюдательного совета общественной организации «Инициативы в общественной охране здоровья» Андрей Петрович Гук подчеркнул, что программа реорганизации ПМСП должна стать ключевой, поскольку 80% населения Украины медицинская помощь оказывается именно на этом этапе, в то время как объем специализированной медицинской помощи не превышает 10-12%.

Не менее важна проблема кадров, поскольку более 20% медицинских работников – люди предпенсионного и пенсионного возраста. К сожалению, нынешние выпускники медицинских вузов после прохождения интернатуры не обладают квалификацией, необходимой для оказания высококачественной медицинской помощи. Выходом из сложившейся ситуации представляется введение резидентуры, в которой на протяжении определенного времени (в зависимости от специализации) молодой врач получит необходимую квалификацию. Выбор кандидатов на руководящие должности в медицинских учреждениях должен проводиться в рамках конкурсной программы, основанной на соответствующей шкале оценок и данных о том, как работник повышает свою профессиональную квалификацию, каким образом внедряет новые методики и т. д.

Не стоит забывать о необходимости введения стандартизации оценивания системы обеспечения качества оказываемых медицинских услуг, которая станет основой для сравнения качества предоставляемой помощи в различных регионах Украины. Что касается вопросов финансирования отрасли, то общественный совет высказывается в пользу первоочередного права пациента в выборе медицинского учреждения, которое получит материальные средства за оказанные медицинские услуги. Но в первую очередь необходимо решить, каким будет механизм осуществления подобного принципа. Внедрение такой системы финансирования приведет к более эффективной реорганизации и специализации медицинских учреждений.

Реформирование медицинской отрасли коснется и принципов формирования заработной платы медицинских работников, которая, как предполагается, будет состоять из базовой ставки и надбавки, зависящей от качества и количества оказываемых услуг. Главное в данном вопросе – постараться избежать ситуации, когда врач первичного звена в силу недостаточного материально-технического обеспечения будет не в состоянии охватить лечебно-диагностической помощью предполагаемое законом количество пациентов, что отрицательно скажется не только на уровне зарплаты, но и на престиже работников медицинской сферы.

Заместитель директора департамента развития медицинской помощи МЗ Украины, начальник отдела ПМСП и организации медицинской помощи сельским жителям Зоя Григорьевна Крушинская в своем докладе напомнила, что основные положения, касающиеся реформирования ПМСП, отражены в общегосударственной программе развития ПМСП на основах семейной медицины на период до 2011 г., разработанной министерством совместно с общественным советом. Параллельно были составлены табель оснащенности учреждений ПМСП и квалификационные требования к медицинскому персоналу первичного звена, над которыми работали как ведущие специалисты МЗ Украины, так и практикующие врачи.

Важным событием для медицинской общественности стала подготовка законопроекта, направленного на реформирование здорового образа жизни, в котором определено, какие функции в этом отношении возлагаются на первичное звено оказания медицинской помощи, а какие – на центры здоровья. Помимо этого, разработаны критерии оценки качества предоставляемых медицинских услуг, непосредственно влияющие на размер заработной платы врачей.

В ближайшее время согласно распоряжению министра здравоохранения Украины В.М. Князевича состоятся две коллегии, касающиеся реформирования ПМСП в городе и селе. В целом реформы здравоохранения предусматривают структурно-организационное и финансово-экономическое разделение первичной и специализированной медицинской помощи с созданием в областях или городах областного значения центров ПМСП, с постепенным увеличением объема первичной медицинской помощи и изменением системы финансирования. Активно ведется работа по созданию районных отделов здравоохранения, на которые возложена обязанность по заключению контрактов на оказание медицинской помощи населению, что позволит создать конкуренцию на рынке медицинских услуг и улучшить их качество. Для повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала будут созданы специальные учебные центры.

МЗ Украины планирует закупить новые автомобили для службы скорой помощи, усовершенствовать их оснащение и модернизировать учебные программы для фельдшеров. Последнее позволит заменить врачебные бригады, оказывающие скорую помощь, фельдшерскими, но только в том случае, если время транспортировки больного до ближайшего медицинского учреждения не будет превышать 10 мин.

В настоящее время запланированы к реализации ряд инвестиционных проектов, в том числе проект строительства ФАПов и сельских медицинских амбулаторий на общую сумму 400 млн долларов (постановление Кабинета Министров № 818 от 05.08.09 г.); в рамках подготовительной работы по их внедрению во всех медицинских учреждениях страны была проведена общая инвентаризация. К сожалению, сейчас реализуется только один проект, цель которого – обеспечить учреждения ПМСП, а также учреждения, оказывающие медицинскую помощь детям, оборудованием и санитарным транспортом. Общая сумма, которая должна быть выделена на него, составляет 500 млн евро. На сегодня выделено 100 млн евро – закуплены автотранспортные средства для первичного звена медицинской помощи (Opel Combo), а также оборудование (электрокардиографы, гинекологические кресла и др.)

Подводя итоги, следует отметить, что реформирование системы здравоохранения – многостадийный процесс, требующий комплексного подхода в решении медицинских, финансовых и социальных вопросов.

Подготовил ***Антон Пройдак***

ПРЕСС-РЕЛИЗ

FDA одобрило препарат Спирива® HandiHaler® для лечения обострений ХОЗЛ

Компания «Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ» совместно с компанией «Пфайзер» объявили о том, что Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (Food and Drug Administration – FDA) подтвердило эффективность препарата Спирива® – HandiHaler (тиотропия бромид для ингаляций в порошке) – для купирования обострений у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ), который может применяться один раз в сутки. Препарат Спирива® HandiHaler уже был одобрен FDA в качестве поддерживающего лечения при наличии респираторных симптомов, ассоциированных с ХОЗЛ, включая хронический бронхит, эмфизему либо оба этих состояния.

Согласно мировым руководствам борьба с обострениями является одной из важнейших задач в лечении ХОЗЛ. Под обострением ХОЗЛ понимают появление либо ухудшение симптомов ХОЗЛ (кашля, отделения мокроты, одышки), продолжающихся по крайней мере три дня, требующих изменения терапии (назначения антибиотиков или стероидов), а также госпитализации. Причинами обострений ХОЗЛ могут выступать вирусная и бактериальная инфекция, а также раздражитель окружающей среды.

«Обострения ХОЗЛ – это серьезные события, которые негативно отражаются на дальнейшей жизни пациентов, – отмечает профессор медицины, доктор Donald P. Tashkin. – Теперь пациенты с ХОЗЛ могут получать лечение, которое позволит не только уменьшить проявление основных симптомов, но и предотвратить развитие обострений».

Эти новые данные подтверждены в двух клинических исследованиях: масштабном исследовании UPLIFT (Understanding the Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) и шестимесячном исследовании, проведенном у ветеранов, в которых в общей сложности приняли участие 8 тыс. пациентов с ХОЗЛ. Несмотря на то что в UPLIFT не удалось достигнуть главной конечной точки (улучшения легочной функции по сравнению с плацебо), в этом исследовании была получена важная клиническая информация, подтверждающая эффективность Спиривы HandiHaler при обострениях ХОЗЛ.

«Согласно последним данным, Спирива® HandiHaler на сегодняшний день является первым нестероидным целевым препаратом для лечения обострений ХОЗЛ, – отметил вице-президент отдела по управлению препаратами компании «Берингер Ингельхайм Фарма ГмбХ», доктор Christopher Corsico. – Теперь информация о препарате будет включать данные исследования UPLIFT, что поможет врачам сделать правильный выбор при назначении терапии».

Наряду с новыми показаниями информация о Спириве HandiHaler будет также содержать данные исследования UPLIFT, в котором больным ХОЗЛ из обеих групп разрешали принимать любые респираторные препараты, кроме других ингаляционных холинолитиков длительного действия. Клинические данные исследования показали, что препарат Спирива® HandiHaler способствует улучшению легочной функции через 4 года лечения, а также эффективен в лечении обострений ХОЗЛ по сравнению с плацебо даже на фоне оптимальной терапии. Кроме того, в исследовании показан отличный профиль безопасности Спиривы HandiHaler.

Безопасность этого препарата подтверждена в ряде клинических исследований с суммарным участием более 17 тыс. пациентов с ХОЗЛ, из которых 11 тыс. принимали Спириву HandiHaler, а также в постмаркетинговых исследованиях, включавших более 16 млн пациенто-лет, после того как Спирива® HandiHaler была одобрена в Европе в 2002 г. В США этот препарат был одобрен в 2004 г.

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476