

Реформа в медичній галузі — це, перш за все, зміна фінансування



Тема реформування медичної галузі в Україні протягом практично усіх років її незалежності не сходить зі сторінок як спеціалізованих, так і громадсько-політичних видань, і, здавалося б, підняти її вже безглуздо — час діяти. Але «Український медичний часопис» вирішив торкнутися деяких питань модернізації вітчизняної медицини, які можуть напряму вплинути на матеріальне та соціальне становище тих людей, які працюють у цій галузі — лікарів, середніх та молодших медичних працівників, обслуговуючого і технічного персоналу.

Своїми думками з цього приводу з читачами нашого видання поділився Олександр Толстанов, заступник міністра охорони здоров'я України, заслужений лікар України.

— *Олександр Костянтиновичу, не тамниця, що будь-які зміни викликають почуття тривоги у всіх, кого вони стосують. Що чекає на лікарів у питаннях фінансових, соціальних, працевлаштування, зміни фаху?*

— Це, звісно, так, але ситуація в галузі сьогодні настільки складна, що ми не можемо стояти на місці — це призведе не тільки до стагнації, але й до руйнування системи. Дійсно, в період змін, пов'язаних з реформуванням, є певні ризики і оминути їх неможливо. Тому, на мій погляд, дуже мудро, що чинності набули одночасно 2 закони «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві». Перший з них спрямований на зміну понятійних моментів в системі охорони здоров'я. Це необхідно

для того, щоб дати можливість рухатися вперед у межах усієї країни. Другий закон дозволить визначити можливі ризики та шляхи їх усунення в масштабі декількох регіонів. Але це зовсім не означає, що усі інші регіони просто очікуватимуть результатів, отриманих під час реалізації пілотних проектів. Вони можуть уже сьогодні починати реформування зі створення Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

— *Розкажіть, будь ласка, що вже зроблено?*

— Чітко розписані графіки впровадження самої реформи. Так, на 1 січня 2012 р. у всіх 4 пілотних регіонах мають бути створені ЦПМСД. До 1 липня 2012 р. у них же повинна бути створена Єдина система надання екстреної медичної допомоги з відповідним єдиним на всю область центром, підпорядкованими йому відділеннями і підстанціями на базі дільничних лікарень (там будуть створені й амбулаторії сімейної медицини). Цей центр буде мати відповідний юридичний статус, що дасть можливість знівелювати межі районів області. Таким чином, буде виконуватися одна з основних складових реформи — медична допомога стане максимальною наближеною до пацієнта, лікарі первинної ланки знаходитимуться неподалік, швидко приїдуть вчасно. Паралельно з цим вестиметься робота щодо реорганізації надання вторинної, тобто спеціалізованої медичної допомоги, а також третинної — високоспеціалізованої.

Звичайно, поряд зі структурним розмежуванням провідне значення матиме зміна системи фінансування. Виглядатиме вона таким чином:

- усі бюджетні кошти на охорону здоров'я у регіоні акумулюються;
- на первинну медико-санітарну допомогу виділяється приблизно 25–30% (раніше ці видатки становили до 10%) районного/міських бюджетів, тобто розпорядниками цих коштів є відповідні районні та міські державні адміністрації. Вони будуть використані на виплату зарплат, профілактичні заходи, модернізацію, оснащення і в першу чергу — на мотивацію медичних працівників первинної ланки;
- на розвиток системи екстреної медичної допомоги передбачено 10–12% всього обсягу коштів, які будуть виділятися вже із обласного бюджету;
- з обласного бюджету фінансуватиметься також вторинна (спеціалізована) і третинна (високоспеціалізована) медична допомога.

Таким чином, рівень фінансування первинної ланки, тобто розвитку загальної

практики — сімейної медицини у відсотковому еквіваленті має збільшитися у 5 разів. І весь потік пацієнтів буде надходити на вторинний рівень або за направленням лікаря загальної практики — сімейної медицини, або через службу екстреної медичної допомоги. Це, знову таки, дасть можливість уникнути дублювання функцій на одній адміністративній території та допоможе оптимізувати використання обмежених ресурсів медичної галузі. Адже нераціонально оперувати, наприклад, гострий апендицит у обласній лікарні, в якій ліжко-день коштує значно дорожче, ніж у лікарні інтенсивної терапії, та й кваліфіковані кадри повинні займатися іншими проблемами.

Звідки взяти ці кошти? За рахунок оптимізації використання ліжкового фонду існуючих лікарень, які буде перепрофільовано у межах госпітальних округів.

Це одним методом розподілення коштів, окрім розмежування фінансових потоків, є програмно-цільовий, коли кошти розподілятимуться відповідно до конкретних програм.

Але, на мою думку, яка співпадає з думкою багатьох моїх колег, на фінальному етапі фінансування має здійснюватися за послугу, коли є чітко прорахована вартість лікування усіх захворювань і захворюваність на певній території, і її держава повинна забезпечити фінансовим ресурсом, при чому не просто забезпечити, а ще й надати передоплату для того, аби почати лікування. Доцільним вбачається ліквідація кодів фінансово-економічної кваліфікації. На мій погляд, такого підходу не варто боятися, адже коли головний лікар повиністю вільно розпоряджається фінансовим ресурсом, то він буде розподіляти його найбільш оптимально, замислюючись при цьому, скільки хворих знаходяться на стаціонарному лікуванні, протягом якого часу, які обстеження дійсно потрібні, чи є необхідність у стаціонарному лікуванні, яке обладнання варто придбати в першу чергу тощо. Зміна форми власності з бюджетних закладів на комунальні некомерційні неприбуткові підприємства дасть можливість вивільнення додаткових ресурсів на лікування за рахунок оптимізації використання коштів, які виділяє держава.

— *Як Ви вважаєте, чи вигідні такі перетворення для пересічних лікарів?*

— У зв'язку із реформуванням закладів охорони здоров'я лікарі не втратять своєї зарплати. Вона залишиться фактично на тому ж рівні, на якому й була з урахуванням усіх існуючих надбавок. Крім того, якщо доведеться змінювати спеціалізацію, то це буде абсолютно безкоштовно, а під час перехідного періоду спеціаліст зможе працю-

вати і оцінюватися за тим самим фахом, тією самою категорією, за якою вона отримувала зарплату на попередньому місці роботи. Слід зазначити, що на сьогодні існує суттєвий дефіцит кадрів — 46 тис. осіб, так що без роботи не залишаться ніхто.

— Лікарів, можливо, хвилює не стільки те, що вони втрачати у зарплаті, скільки робочі місця, де вони мають додатковий заробіток. Як, до речі, Ви ставитесь до проблеми тінювих платежів у медицині?

— Я думаю що і самому лікарю не дуже комфортно отримувати гроші так би мовити у конверті. Тому кожен із нас хотів би уникнути таких речей, розуміючи, що якщо потрібно заплатити, то платня має бути офіційною. Існує пропозиція Міністерства охорони здоров'я про прописування в нормативно-правових актах окремої статті

щодо медичних гонорарів. При чому, за уважу, гонорар має відрізнятися від передоплати. Крім того, необхідно, і у профільному міністерстві над цим також працюють, розробити систему мотивації лікарів відповідно до навантаження і якості надання медичних послуг.

— Який, на Вашу думку, рівень підготовки випускників вищих навчальних закладів, що отримали спеціальність «загальна практика — сімейна медицина» і опиняються в амбулаторії сімейного лікаря десь у сільській місцевості? Чи достатній він для того, щоб забезпечити належну діагностику та лікування?

— Саме створення у межах госпітального округу лікарні інтенсивної терапії надасть можливість обміну досвідом між молодими і більш досвідченими фахівцями. Також цьому сприятиме розвиток телемедицини.

— Серед напрямків діяльності ланки первинної медико-санітарної допомоги — профілактична медицина. Чи передбачені механізми зацікавлення лікарів первинної ланки, зокрема фінансової, аби вони проводили профілактичну роботу? — Звичайно, такі механізми передбачені у подушній системі фінансування. Наприклад, у лікаря під наглядом 2 тис. осіб, на кожного з них виділяється певний обсяг коштів, чим менше хворих, чим менше з них лікар направить на вторинний рівень, тим більша економія.

— Олександр Костянтиновичу, дякуємо за цікаву бесіду, наша редакція бажає Вам успіхів та досягнення запланованої мети.

Олександр Устінюв,
фото Сергія Бека

Олександр Костянтинович Толстанов: заслужений лікар України — 2003 р.; нагороджений орденами: Данила Галицького — 2009 р., святого Володимира — 2001 р.; почесною грамотою Кабінету Міністрів України, грамотою Верховної Ради України.

Народився 22 лютого 1960 р. у м. Свободний Амурської обл. Російської Федерації.

Освіта — повна вища: магістр Української академії державного управління при Президенті України — 2003 р.; Вінницький медичний інститут імені М.І. Пирогова — 1984 р. (спеціальність «Педіатрія»). Кандидат медичних наук.

ТРУДОВА ДІЯЛЬНІСТЬ

09.1977–01.1978	Різноробочий 2-го розряду ССЦ «Отделстрой» треста «Житомиржилстрой» (Житомир)
01.1978–05.1978	Моторист 2-го розряду ССЦ «Отделстрой» треста «Житомиржилстрой» (Житомир)
08.1978–06.1984	Студент медичного інституту (Вінниця)
08.1984–04.1985	Лікар-інтерн у відділенні дитячої планової хірургії обласної лікарні (Житомир)
04.1985–07.1985	Лікар-інтерн хірургічного відділення обласної дитячої лікарні (Житомир)
07.1985–07.1992	Лікар-хірург хірургічного відділення обласної дитячої лікарні (Житомир)
07.1992–05.1996	Головний лікар обласного дитячого ендокринологічного лікувально-санаторного центру радіаційного захисту (Житомир)
05.1996–04.2005	Головний лікар обласного лікувально-санаторного центру радіаційного захисту для дитячого та дорослого населення «Дениші» (Житомир)
04.2005–25.06.2011	Начальник управління охорони здоров'я Житомирської облдержадміністрації

Реферативна інформація

Применение статинов улучшает прогноз у тяжелобольных пациентов



Дополнительное применение статинов ассоциировано со снижением госпитальной смертности у пациентов, которые находятся на интенсивной терапии, — к такому выводу пришла группа ученых из Саудовской Аравии во главе с доктором Шейланом аль Харби (Sheylan Al Harbi).

В указанном рандомизированном контролируемом исследовании принимали участие 763 тяжелобольных пациента, доставленных в блок интенсивной терапии (БИТ) с 2004 по 2008 г. Из них 107 (основная группа) в дополнение к стандартной терапии получали статины (аторвастатин или симвастатин), пациенты, проходившие только стандартное лечение, составили контрольную группу.

В ходе исследования проводили оценку таких показателей, как общая смертность, частота возникновения сепсисов, длительность нахождения пациентов в БИТ и поддержание жизнедеятельности на аппарате искусственной вентиляции легких. Следует добавить, что среди пациентов, принимавших статины, было больше женщин, лиц с диабетом и другими хроническими заболеваниями, чем в контроле.

После статистической обработки результатов выявлено, что терапия статинами ассоциирована со сниженным риском общей госпитальной смертности (ОР 0,60; 95% ДИ 0,36–0,99). Что касается риска смертности в БИТ, прием статинов не оказал на него статистически значимого влияния (0,84; 0,47–1,51).

После стратификации по дозе статинов наблюдалось существенное снижение риска госпитальной смертности при приеме препарата > 40 мг/сут (0,53; 0,28–1,00), в пересчете на аторвастатин (аторвастатин/симвастатин — 1:2).

Наибольшее снижение риска общей госпитальной смертности при применении статинов выявлено у пациентов в возрасте младше 58 лет (0,58; 0,35–0,97), при концентрации креатинина ≤100 мкмоль/л (0,14; 0,04–0,51), при количестве набранных баллов по шкале оценки острых и хронических физиологических нарушений здоровья (Acute physiology and chronic health evaluation scale) >22 (0,54; 0,31–0,96), у лиц с диабетом (0,52; 0,30–0,90), с сепсисом (0,22; 0,07–0,66), а также у применявших антигипертензивную терапию (0,53; 0,29–0,97).

После стратификации по типу статина выявлена статистически значимая связь со снижением риска смертности с симвастатином (0,37; 0,17–0,81), но не аторвастатином. Применение указанных препаратов никак не влияло на риск развития сепсиса, на длительность нахождения в БИТ и под аппаратом искусственной вентиляции легких.

Научные работы, проведенные ранее, в которых изучалась роль статинов в снижении риска госпитальной смертности, не продемонстрировали однозначных результатов. В связи с этим необходимы дальнейшие исследования в этой сфере, для того чтобы ввести статины в список стандартных препаратов для лечения тяжелобольных пациентов.

Harbi S.A., Tamim H.M., Arabi Y.M. (2011) Association between statin therapy and outcomes in critically ill patients: a nested cohort study. BMC Clinical Pharmacology, 11: 12.

По материалам www.biomedcentral.com