

Реальная зарплата врача может составлять 10–20 тыс. грн.

Подходит к концу второй год активного реформирования системы здравоохранения в Украине. Состояние отрасли за это время, к сожалению, продолжает оставаться, как говорится, «стабильно тяжелым». Несмотря на многочисленные сообщения об открытии, модернизации, оптимизации лечебно-профилактических учреждений, никакой положительной динамики качества оказания медицинской помощи, ее доступности, уровня оплаты труда медиков не зафиксировано. Тем не менее, по мнению специалистов в области организации здравоохранения, выход из существующей ситуации найти можно. Одним из вариантов такого выхода является реализация программы «Медицинская помощь», разработанной Международным фондом помощи больным

с последствиями травм и заболеваний. О том, что это за программа, мы попросили рассказать Олега Виноградова, президента фонда, кандидата наук государственного управления.



— Олег Всеволодович, как родилась идея разработки программы «Медицинская помощь» и в чем ее уникальность?



— Конституция Украины гарантирует гражданам нашей страны определенные права. Согласно ст. 3 Основного закона, человек, его жизнь и здоровье определяются как наивысшая социальная

ценность. В то же время ст. 49 Конституции декларирует, что каждый человек имеет право на здравоохранение, медицинскую помощь и медицинское страхование. При этом государство обязуется создавать условия для эффективного и доступного для всех граждан медицинского обслуживания, оказывать бесплатную медицинскую помощь во всех лечебных учреждениях государственной и коммунальной формы собственности.

Ни для кого не является секретом, что своих обязательств по оказанию медицинской помощи населению государство не выполняет. На это не хватает средств. В то же время человеку необходимо реализовать свое право быть здоровым, и он волен это сделать любыми доступными ему и не запрещенными законодательством способами.

Об этом гласит ст. 27 Конституции Украины, согласно которой каждый имеет право защищать свою жизнь и здоровье.

Поэтому с учетом имеющегося опыта, а также тех изменений, которые произошли в правовом поле Украины за последние несколько лет, родилась идея разработать и предложить людям вариант выхода из сложившейся ситуации.

Для того чтобы повысить качество медицинской помощи населению, необходимо в первую очередь улучшить финансирование системы здравоохранения, обеспечить достойную и справедливую

оплату труда медицинских работников, повысить уровень их социальной защиты. Все это, по сути, и является целью программы «Медицинская помощь», разработанной Международным фондом помощи больным с последствиями травм и заболеваний (Прим. ред.: далее — Фонд). Программа позволяет при существующей законодательной и нормативной базе, не нарушая законов, врачу общей практики официально зарабатывать от 10 до 20 тыс. грн. в месяц, при этом уплачивая все необходимые налоги и сборы.

Эта программа представляет собой некий продукт, который может быть предложен на рынке оказания медицинских услуг, повысит их доступность, уровень качества, поможет обеспечить достойную оплату труда медицинских работников, уровень их социальной защищенности. Ведь если врач будет получать адекватную зарплату, она позволит ему почувствовать уверенность в завтрашнем дне и спокойно, с полной отдачей заниматься лечением своих пациентов, заботиться о сохранении их здоровья, повышать свой профессиональный уровень. Это, в свою очередь, поможет искоренить такие негативные тенденции в медицине, как дистрибуторство, когда врач материально заинтересован в продвижении определенных фармацевтических продуктов и диагностических услуг, гипердиагностика с последующим успешным излечением несуществующих заболеваний, и многие другие. Другими словами, как только врач сможет получать такой уровень законной оплаты своего труда, чтобы потребность выжить не заставляла его торговать своей совестью, все эти явления должны исчезнуть сами собой. Фондом при разработке программы была поставлена задача, чтобы зарплата врача первичного уровня оказания медицинской помощи составляла от 10 до 20 тыс. грн. в месяц.

— В социально-экономических условиях, в которых находится сейчас Украина, такие смелые заявления кажутся трудноосуществимыми. Как этого можно достичь?

— Врач первичного звена обслуживает в среднем 1500–1800 человек. Соответственно, чтобы обеспечить уровень заработной платы 10 тыс. грн. в месяц, с каждого обслуживаемого пациента необходимо собрать взнос в размере 5,5–6,7 грн. Нужно только найти механизм и это можно сделать путем привлечения населения к участию в программе Фонда.

Однако, кроме врача, необходимо обеспечить оплату работы медицинской сестры, предоставления определенного спектра медицинских услуг на первичном уровне, например: консультации врачей-специалистов, обеспечение медикаментами в дневных стационарах, оказание экстренной помощи и т.д.

В предыдущей редакции Основ законодательства понятие первичной, вторичной и третичной медицинской помощи основывалось на нормах бюджетного кодекса, который разграничивал механизмы финансирования. Хотя в реальном медицинском мире такого разграничения не было. С точки зрения как врача, так и пациента, существует фактически амбулаторная, стационарная и экстренная медицинская помощь, и при таком делении более реально отследить, как пациент переходит с уровня на уровень.

7 июля 2011 г., с принятием законов Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» и «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киеве» система Семашко была разрушена. Новые законы позволили всем врачам первичного звена стать частными предпринимателями. Кроме того, любая поликлиника должна разделиться фактически на 4 юридических лица. Это центр первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в котором будут работать специалисты первичного звена, это консультативно-диагностический центр, в котором будут работать узкие специалисты и, возможно, клиническая лаборатория, отделение реа-

билитации, оказывающее соответствующие услуги, и наконец, травмпункт и служба неотложной помощи — все то, что согласно новым законам, относится к системе оказания экстренной медицинской помощи.

При разработке программы мы столкнулись с необходимостью совместить требования законов о разделении медицинской помощи на определенные уровни, и реальными условиями жизни, в которых находятся врач и пациент. Поэтому, ориентируясь на букву закона, программа была построена на принципах, более удобных с точки зрения реальных потребностей пациента и максимально эффективным использованием финансово-экономических механизмов ее регуляции, а именно с разделением на амбулаторную, стационарную и экстренную.

Программа разработана также и в соответствии с Законом Украины «О благотворительности и благотворительных организациях», Налоговым кодексом Украины и Уставом Фонда.

Очень важным моментом является то, что Фонд работает в рамках закона «О благотворительности и благотворительных организациях», а также в рамках определенных норм Налогового кодекса Украины. Это позволяет избежать налогообложения средств, аккумулируемых на нужды здравоохранения, а также предоставить участникам программы определенные налоговые льготы, речь о которых более подробно будет идти ниже.

Лозунг программы — «Мы вместе» — также выбран не случайно. Ведь только совместные усилия врача и пациента могут привести к успеху в нелегкой борьбе за конституционное право человека — право на здоровье. Основные принципы программы — законность, гуманность, добровольность, равные права участников и гласность. Особенно хочется акцентировать внимание на гласности — программа является абсолютно прозрачной как для органов управления, так и для общественности. Еще одним принципом, о котором уже говорилось выше, является разделение предоставления медицинской помощи, в соответствии с определенными законом уровнями и отраслевыми стандартами. В основе программы заложены механизмы социально-экономической целесообразности (взаимоотношения спрос-предложение), принципы деятельности благотворительных организаций и врачебных касс, а также медицинского страхования.

Субъектами программы является пациент, медицинский работник, Фонд и учреждение здравоохранения, а его главной фигурой — врач общей практики. Объектом программы является семья.

Первый механизм работы программы заключается в том, что семья выбирает себе лечащего врача первичного звена, а врач заключает с ней договор на обслуживание, в котором четко указывается объем предоставляемых услуг. Он основывается на законодательно закрепленной норме, а именно ст. 38 новой редак-

ции «Основ законодательства Украины о здравоохранении». Она гласит, что каждый пациент, который достиг 14-летнего возраста и обратился за медицинской помощью, имеет право на свободный выбор врача, если последний может предложить ему свои услуги, и на выбор методов лечения в соответствии с его рекомендациями. Но реализация этой статьи не может заставлять пациента «перепрыгивать» от врача к врачу и особенно это касается врачей первичного уровня, когда участковый, сельский или семейный врач должны знать человека, которого он обслуживает, хотя бы для того чтобы вовремя проводить профилактические мероприятия или диспансерное наблюдение. Представим, например, что педиатр ждет, пока его выберут родители для проведения плановых прививок ребенку. Казус? Поэтому программа Фонда построена на реализации права выбора врача на долгосрочной основе, согласно которой врач должен вступить с пациентом в гражданско-правовые договорные отношения в виде заключения договора на обслуживание. Хотя по закону врач может и отказаться от ведения данного пациента, если он не может предложить ему свои услуги.

Эту схему можно представить себе следующим образом: врач общей практики, который является физическим лицом-предпринимателем, может заключить договор на обслуживание с 1000 пациентов, заключить договор с лечебным учреждением, что он за это количество пациентов будет получать бюджетные средства, и на этом ограничиться. То есть в момент, когда врач будет находиться на этапе заключения договора с пациентом, у него уже будет законное право отказаться, что он и сделает при отсутствии определенной мотивации.

Мы предлагаем усилить эту мотивацию путем привлечения людей к участию в программе и обеспечить за счет участников «подушное финансирование работы врача». Тогда врач будет знать, что конкретный пациент платит ему каждый месяц, независимо от того, обращается он за медицинской помощью, или нет.

Таким образом, врач общей практики становится первичным фондодержателем — субъектом, в распоряжение которого переходят все средства, выделяемые Фондом на медицинское обслуживание участников программы из расчета на одного пациента в год. Из этих средств проводится как оплата труда врача, так и финансирование вторичной и экстренной амбулаторной медицинской помощи, а также администрирования здравоохранения. Предполагается, что на оплату труда врача и медсестры будет выделено 40% всей суммы, а 60% — будут находиться у него в оперативном управлении как у первичного фондодержателя.

Второй механизм — участие семьи в программе Фонда «Медицинская помощь» и оплата взноса.

Третий механизм — оказание врачом медицинской услуги и ее оплата.

Хочется еще раз подчеркнуть, что все три механизма реализации программы основаны законодательно: 1-й — взаимоотношения врач — семья и заключение договоров на обслуживание — «Основы законодательства Украины о здравоохранении»; 2-й — взаимоотношение семья — Фонд и оплата благотворительного взноса — Законом Украины «О благотворительности и благотворительных организациях»; 3-й — взаимоотношения между Фондом и первичным фондодержателем — законом Украины «О благотворительности и благотворительных организациях» и «Основными законодательства Украины о здравоохранении».

Таким образом, основные правовые и экономические аспекты программы состоят в следующем:

- Реализация права выбора врача осуществляется путем заключения договора между врачом первичного уровня и членами семьи (жителями прикрепленной территории).
 - Семейный врач (участковый терапевт, педиатр) привлекая членов семей к участию в программе «Медицинская помощь» обеспечивается дополнительным финансированием, методом ежемесячной подушной оплаты.
 - Врачи специалисты привлекаются к обслуживанию участников программы врачом первого уровня и обеспечиваются дополнительным финансированием, методом оплаты медицинской услуги.
 - Участник программы имеет гарантию на получение эффективной, качественной и своевременной медицинской помощи в соответствии с выбранным уровнем оказания медицинской помощи.
- В зависимости от возможностей клиентов и объема предоставляемых услуг разработаны четыре уровня участия в программе.
- Амбулаторная медицинская помощь (АМП):
 - I уровень — первичная медицинская помощь;
 - II уровень — специализированная медицинская помощь;
 - IV уровень — экстренная медицинская помощь;
 - V уровень — медицинская реабилитация;
 - VI уровень — паллиативная помощь на дому.
 - Госпитальная медицинская помощь (ГМП):
 - II уровень — специализированная медицинская помощь;
 - III уровень — высокоспециализированная медицинская помощь;
 - IV уровень — экстренная медицинская помощь;
 - Скорая медицинская помощь (СкМП)
 - IV уровень — экстренная медицинская помощь.
 - Дополнительный план
 - III уровень — высокоспециализированная и висотехнологическая медицинская помощь;

V уровень — медицинская реабилитация в стационаре;

VI уровень — паллиативная помощь в стационаре;

VII уровень — беременность и роды;

VIII уровень — медицинская помощь в коммерческих больницах и за границей.

Следует отметить, что участие на уровне АМП является обязательным условием для всех участвующих в программе «Медицинская помощь», а дополнительный план имеет накопительный характер, то есть сколько денег человек туда положит, столько он и сможет вынуть. На уровне АМП работает система аутсорсинга — передача полномочий по управлению финансовыми потоками.

На уровне стационарной, скорой медицинской помощи первичным фондодержателем будет выступать Фонд, и здесь будет совсем другой подход к построению договорной системы между Фондом и лечебным учреждением. Этот подход будет существенно отличаться от схемы сотрудничества лечебных учреждений со страховыми компаниями. Ведь при заключении договоров с последними лечебно-профилактическими учреждениями включают в стоимость услуги то, на что государство уже выделило деньги — а именно: оплата коммунальных услуг, питание, медикаментозное обеспечение. Программа «Медицинская помощь» в первую очередь ориентирована на повышение мотивации медицинского персонала и улучшение медикаментозного обеспечения. Это может быть сделано несколькими способами.

Что касается оплаты взносов участников программы, то они могут быть одноразовыми, ежемесячными и накопительными. И здесь хотелось бы остановиться на некоторых преимуществах налогообложения как предприятий, которые будут принимать участие в программе, так и самих его участников — физических лиц. Согласно Налоговому кодексу Украины также не включается в налогооблагаемый доход целевая благотворительная помощь, которая оказывается резидентами — юридическими или физическими лицами — в любой сумме при выплате учреждению здравоохранения для компенсации стоимости медицинских услуг.

Таким образом, мы постарались применить все возможные, установленные законодательством налоговые льготы

для привлечения дополнительных средств в систему здравоохранения, а используя современные механизмы управления финансами, мы надеемся изменить тяжелое положение дел в нашей медицине к лучшему, и это лучшее должен ощутить каждый врач и каждый участник программы.

Так, опираясь на статистические данные, схему распределения финансовых потоков на уровне АМП можно представить следующим образом: из 100% всех средств, аккумулируемых на медицинское обслуживание одного пациента, 37,5% идет на оплату труда врача общей практики и медицинской сестры; 6,25% — на управление и организацию здравоохранения; 18,75% — на оплату консультаций узких специалистов; 25% — на дневной стационар; и по 6,25% — на реабилитацию, неотложную медицинскую помощь на дому и экстренную помощь в амбулаторных условиях.

При размере ежемесячного взноса 30 грн. и количестве приписного населения 1500 человек, 1 врач, привлекая 50% этого населения к участию в программе, получает дополнительное финансирование в размере 22 500 грн., а при привлечении 100% — 45 000 грн, при этом его дополнительный заработок будет составлять около 9 и 18 тыс. грн. соответственно. Такая оплата труда врача представляется справедливой.

— Как Фонд может контролировать уровень качества оказания медицинской помощи?

— Фонд может осуществлять этот контроль, поскольку он управляет финансами. В случае появления жалоб со стороны клиентов, возникновения конфликтных ситуаций созданная при Фонде совместно с представителями лечебных учреждений комиссия может принять решение о том, чтобы, например, оштрафовать врача в пользу пострадавшего пациента.

— На какие средства будет существовать Фонд?

— Как уже говорилось, Фонд является неприбыльной благотворительной организацией. Согласно Закону Украины «О благотворительности и благотворительных организациях» размер затрат на содержание благотворительной организации не может превышать 20% ее бюджета в текущем году. Однако программой предусмотрено, что доля, которая будет затрачиваться на обеспечение деятельности Фонда, будет намно-

го меньше, эти средства будут формироваться частично за счет вступительных взносов, частично — за счет процентов по депозитам. Сейчас Фонд имеет филиалы в 8 регионах — это Полтавская, Днепропетровская, Винницкая, Харьковская, Херсонская, Одесская, частично Николаевская области и город Киев.

Кроме того, мы ставим перед собой задачу — создание цивилизованной системы информационного обеспечения работы каждого врача и учреждений здравоохранения.

Все рабочие места врачей, принимающих участие в программе, будут компьютеризированы, на них будет установлено соответствующее лицензированное программное обеспечение, каждый пациент будет иметь индивидуальную электронную карточку. Это позволит любому врачу, участвующему в программе «Медицинская помощь», находясь в любой точке Украины, считывать информацию о состоянии здоровья пациента, заносить данные о проведенных лечебно-диагностических процедурах. Система резервного копирования, которая работает автоматически, позволяет в случае судебных разбирательств отследить всю хронологию событий, происшедших с пациентом, и исключает такой негативный момент, как переписывание истории болезни.

— Существует ли опыт подобных программ где-нибудь в мире?

— Программа разработана на основании положительного опыта различных систем здравоохранения.

— На каком этапе сейчас находится эта программа?

— Хочу отметить, что сама программа системная и сложная, мы говорили только об основных компонентах, к разработке программы были привлечены специалисты в области управления, здравоохранения и информационных технологий, использован передовой опыт регионов Украины, потребовалось много времени и средств для ее разработки и сегодня она практически готова к внедрению. Но мы прекрасно понимаем, что даже на первых этапах внедрения, программу придется существенно регулировать, адаптировать и, возможно, изменять. Именно возможность изменять ее под условия современных требований делает эту программу универсальной.

Александр Устинов,
фото Сергея Бека

Реферативна інформація

Новые возможности ранней диагностики рака шейки матки



По мнению голландских исследователей из Амстердамского свободного университета (VU University Medical Centre), Нидерланды, традиционный скрининг рака шейки матки (РШМ) может быть улучшен путем дополнительного проведения ДНК-скрининга на выявление вируса папилломы человека (ВПЧ), который является причиной большинства случаев РШМ.

Традиционным методом выявления ВПЧ является мазок Папаниколау. Ученые представили результаты 5-летнего исследования с участием 45 тыс. женщин в возрасте 29–56 лет,

в соответствии с которыми предлагают использовать новые методы диагностики ВПЧ.

Данное исследование способствовало более раннему выявлению предраковых изменений, в связи с чем ученые предлагают ввести ВПЧ-тестирование в программы скрининга РШМ для женщин в возрасте старше 30 лет.

Результаты исследования подтвердили прежние данные и представили доказательства относительно пользы включения анализа на ВПЧ в программу диагностики РШМ. Данный метод может помочь выявить РШМ на более ранних стадиях и тем самым снизить смертность от него.

Татьяна Харченко

по материалам www.thelancet.com, www.bbc.co.uk