

Между первой и второй. Ход реформы здравоохранения в 2012 г.

Вторая половина минувшего и первая нынешнего года ознаменовались в нашей стране массовым открытием амбулаторий общей практики/семейной медицины, центров первичной медико-санитарной помощи. Реформа первичного звена идет полным ходом, и казалось бы и медики, и пациенты уже должны были ощутить на себе ее результаты. Так ли это на самом деле, что действительно происходит сейчас в пилотных регионах, когда дойдет очередь до реформирования вторичного звена — специализированной медицинской помощи? На эти и другие вопросы мы попросили ответить **Константина Надутого**, начальника управления реформ медицинской помощи Министерства здравоохранения Украины.

— Константин Александрович, расскажите об основных направлениях реформирования медицинской помощи, по которым идет наиболее активная работа.



— Все, что происходит в ходе реформирования, делается в рамках выполнения двух законов. Первый — это Основы законодательства Украины о здравоохранении в редакции от 01.01.2012 г.,

а затем и от 01.08.2012 г. — является скорее вектором, поскольку большинство важных его положений, в которые внесены изменения, вступают в силу с 2015 г. Эти изменения касаются разграничения медицинской помощи по всей стране на первичную, вторичную, третичную, паллиативную и медицинскую реабилитацию, а также некоторых аспектов договорных отношений. Процедура перехода к тому состоянию, которое должно наступить в 2015 г., сейчас и отработывается в пилотных регионах. Она регулируется законом Украины «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и г. Киеве». В нем указано, что необходимо сделать для внедрения модели, прописанной в Основах законодательства, через отработку ключевых моментов реструктуризации, изменения экономических отношений и т.д. В принципе большинство этих элементов были отработаны раньше. И реструктуризация, и внедрение семейной медицины, и договорные отношения, и концентрация специализированной помощи. Так, семейная медицина начала внедряться еще в 90-е годы XX ст., реструктуризация с выделением центров первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как юридических лиц, которые оказывают первичную медицинскую помощь, стартовала в 2004 г. в городе Комсомольске Полтавской области, там же в 2001 г. была осуществлена первая закупка услуги

по оказанию медицинской помощи у врача — частного предпринимателя — на основе договорных отношений. Следует отметить, что с внедрением договорных отношений было повышено качество оказания медицинской помощи, доказана эффективность экономических рычагов, однако по причине социальной незащищенности врачей (отсутствие отпуска, гарантий пенсионного обеспечения) эта практика не нашла тогда широкого распространения. В концентрации медицинской помощи, создании межрайонных центров по оказанию специализированной помощи лидером еще в 1990-е годы была Львовская область. Теперь все эти процессы происходят по всей Украине. Мы не можем позволить себе спокойно смотреть, как медицина постепенно разрушается в связи с недостаточным финансированием. Однако увеличение финансирования неэффективной системы тоже не вполне оправдано. Поэтому необходимо в начале сделать ее более эффективной, а уже потом привлекать дополнительные финансовые средства. Этим обусловлено то, что сегодня инвестиции вкладываются больше в проведение эксперимента, развитие технологической базы, а не в оказание собственно медицинской помощи. Это следующий этап, который будет выражаться либо в виде страхования, либо увеличения бюджетного финансирования. Об этом сейчас идет речь на самом высоком уровне, и эти решения не за горами.

— Что сейчас происходит в пилотных регионах?

— В пилотных регионах на сегодня в основном завершена работа по созданию центров ПМСП. Они отличаются от наших поликлиник. Поликлиники в системе здравоохранения, построенной по модели Семашко, относятся к сектору амбулаторно-поликлинической помощи. Такого термина нет нигде в мире, кроме стран постсоветского пространства, везде выделяли первичную помощь и специализированную — амбулаторную и стационарную. Следует отметить, что процесс реструктуризации медицинской помощи на первичную и вторичную прошел не вполне благополучно в связи с тем,

что не совсем корректно были определены рамки финансирования. Из-за этого в структуру лечебно-профилактических учреждений первичного звена в пилотных регионах вынуждено включили подразделения, оказывающие специализированную помощь. В ближайшее время эти моменты будут исправлены. Что касается непилотных регионов, то там нет четкого распределения финансирования 35%/65%, все деньги на финансирование как первичной, так и вторичной помощи выделяются из районного бюджета, и там это можно решить на местном уровне. В пилотных регионах средства на оказание первичной помощи выделяются из районного бюджета, а вторичной — из областного, и здесь такое распределение сыграло негативную роль. Для первичной помощи необходимо 35% для сельской местности, а для города это много. По оценкам экспертов, в связи с высокой централизацией первичной медицинской помощи в городах, отмечаемой в Украине, на нее уходит 5–7% областного бюджета здравоохранения. Поэтому когда было выделено 35%, стало ясно, что первичное звено в городах не сможет освоить эти средства. Вместе с тем финансирование вторичного звена уменьшилось. И чтобы не было ухудшения качества оказания медицинской помощи городскому населению в целом, а также для предотвращения увольнения медицинских работников, часть специализированной помощи перешла на первичное звено. Это неудачное решение, и его необходимо исправлять.

— Каким будет следующий шаг после того, как в пилотных регионах полностью сформируется сеть ПМСП и амбулаторий общей практики/семейной медицины?

— Следующий шаг, который по сути уже выполняется, это модернизация экстренной медицинской помощи. Для этого необходимо прежде всего обеспечить равномерное распределение ресурсов, чтобы скорая могла вкладываться в нормативы доезда — 20 мин для сельской местности и 10 мин — для города. Для этого будут создаваться пункты времен-

ного базирования машин скорой. Вторая составляющая модернизации экстренной медицинской помощи — это создание единой областной диспетчерской. И третья составляющая — административное подчинение службы областному центру и финансирование из областного бюджета. После того, как полностью будет сформирована первичная сеть и заработает модернизированная система оказания экстренной медицинской помощи, потребуется сконцентрировать специализированную медицинскую помощь. Общеизвестно, что хирургический стационар, в котором производится <2 тыс. операций в год, и роддом, где принимают в год <500 родов, становятся опасными для пациента. На устранение таких факторов риска и направлена концентрация специализированной помощи с последующей маршрутизацией экстренной, чтобы скорые могли быстро и эффективно доставлять пациентов в нужные учреждения. Кроме того, система экстренной медицинской помощи будет оснащена современными автомобилями и оборудованием, что позволит снизить риски, связанные с транспортировкой пациентов.

Таким образом, основными шагами реформы в ближайшем будущем будут:

- завершение реформирования первичного звена, его оснащение, обучение персонала, децентрализация (размещение амбулаторий в районах);
- модернизация экстренной помощи, ее оснащение, децентрализация (размещение пунктов базирования в районах);
- мотивация труда медицинских работников, когда на качество лечебного процесса можно будет влиять с помощью экономических рычагов.

После того, как все эти шаги будут выполнены, можно будет говорить об оптимизации вторичного звена.

— Когда врачи смогут ощутить влияние экономических рычагов мотивации?

— Его уже ощутили, но не все. Там где нагрузка на врача в пределах нормы, зарплата осталась практически прежней в связи с тем, что еще не заработала экономическая мотивация за качество оказания медицинской помощи. Для того чтобы

она заработала, необходима подготовка соответствующих специалистов — статистиков, экономистов, бухгалтеров, а также оснащение их компьютерной техникой и программным обеспечением. Также в постановлении Кабинета Министров Украины от 05.03.2012 г. № 209, которым регулируется порядок установления надбавок за объем и качество выполненной работы медицинским работникам первичного звена в пилотных регионах, есть некоторые положения, которые невозможно выполнить. Сейчас министерство готовит проект изменений в это постановление. А вот за объем оказанной помощи платить уже научились, и за последние месяцы те врачи, которые обслуживали большие контингенты населения, получили по 2–3 зарплаты. Это совершенно беспрецедентная практика, которой ранее никогда не существовало. Врач полностью получает зарплату за весь объем работ независимо от кратности увеличения. Стоит, однако, отметить, что если один врач обслуживает >2,5 тыс. пациентов, начинают работать понижающие коэффициенты, поскольку все понимают, что качественно обслужить врач может только определенное количество больных. На мотивацию врачей и медицинских сестер первичного звена в пилотных регионах в бюджете заложено 250 млн грн.

— Какие еще проблемы выявились в процессе реформирования?

— Начиная реформу, мы понимали, что в процессе реформирования потребуются гораздо более высокая квалификация кадров, чем при рутинной работе. Так оно и вышло, при этом некоторые работники даже не читают приказов министерства, а делают все на свое усмотрение. Конечно, в таких случаях результат негативный.

Второй важный момент — это готовность медицинских работников и общества в целом к переменам. Дело в том, что медикам очень легко настроить общественность на сопротивление реформам. Врачи наравне с учителями и священниками являются очень сильными модераторами общественного мнения. Поэтому непонимание в медицинской среде сразу выливается в проявления недовольства со стороны общественности, вплоть до акций

протеста. К сожалению, пока отстает информационное обеспечение реформы.

Также имеют место случаи, когда главные врачи нарушают права пациента на выбор врача первичной медицинской помощи, направляя его целенаправленно к тому или иному специалисту. Такие случаи недопустимы, поскольку это нарушение законодательства. Также недопустимым является, когда главные врачи создают на базе центров ПМСП «под себя» лаборатории, размещают аппаратуру для УЗИ, различных узких специалистов. Один из основополагающих принципов первичной медицинской помощи гласит о том, что то, что не может быть общедоступным для всех категорий населения не зависимо от места проживания и социального статуса, не является первичной помощью. В целом если при проведении реформ возникают какие-либо негативные моменты, то за ними, как правило, стоит субъективная заинтересованность тех или иных людей.

— Какие варианты решения всех этих проблемных вопросов?

— По оценкам ВОЗ реформы здравоохранения должны проводиться решительно! Это один из существенных компонентов успеха. Поэтому на первом месте однозначно последовательность и непоколебимость реализации поставленных задач. У нас она присутствует на уровне Администрации Президента и Министерства здравоохранения, однако на уровне областей есть некоторые отклонения от заданного курса. Они выявлены и сейчас исправляются. Следующий момент — соответствующее оснащение первичной и экстренной помощи. Врач должен быть обеспечен всем, необходимым для работы, поэтому проведение реформы требует соответствующих инвестиций. На пилотные регионы выделено в этом году 327 млн грн., утвержден перечень необходимого оборудования в соответствии с табелями оснащения.

Также большое значение имеет профессиональное проведение информационных компаний, которые на сегодня, к сожалению, оставляют желать лучшего.

Александр Устинов,
фото Сергея Бека

Реферативна інформація

Телемости єднають лікарів



У кінці жовтня 2012 р. у трьох областях України — Полтавській, Сумській та Харківській — у рамках спільного проекту Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та групи компаній «МЕД-ЕКСПЕРТ» відбулися семінари з питань імунопрофілактики та лікування інфекційних і соматичних хвороб.

Лекції читали провідні фахівці МОЗ України: головні позаштатні спеціалісти МОЗ України: зі спеціальності «Педіатрія» — В'ячеслав Бережний, «Дитяча імунологія» — Людмила Чернишова «Дитячі інфекційні хвороби» — Сергій Крамарев. Зокрема, В. Бережний висвітлив питання щодо стану захво-

руваності дітей інфекційними хворобами та можливості вакцинації.

У цьому році семінари проводилися у форматі телемостів: лікарі з різних регіонів мали змогу взяти у них участь за допомогою телетехнологій. Зокрема, під час семінару, який проходив у Харкові, через мережу інтернет зареєструвалося понад 400 учасників із різних регіонів країни. Усього в семінарах взяли участь понад 1000 лікарів первинної ланки.

Така форма підвищення кваліфікації високо оцінюється практикуючими лікарями. За їх відгуками, навчальні семінари дають змогу отримати необхідні практичні знання та покращити якість надання первинної медико-санітарної допомоги.

Прес-служба «Українського медичного часопису»
за матеріалами www.moz.gov.ua