

«Главным шагом реформы должен стать подъем вторичной медпомощи на областной уровень»

Как довести изменения в медицине до логического конца, рассказала Ирина Акимова — куратор реформы 2010–13 годов



Одной из ключевых реформ 2010–2014 годов должна была стать реформа здравоохранения.

В частности, в ряде регионов был запущен эксперимент по изменению системы финансирования отрасли и коррекции сети, внедрению института семейных врачей. За несколькими исключениями, эксперимент не удался — качество оказываемых медицинских услуг не выросло. О том, почему это случилось и как следует обустроить отечественную систему здравоохранения, нам рассказала Ирина Акимова, работавшая в те годы исполнителем секретарем Комитета по экономическим реформам при Администрации Президента Украины (сегодня она — директор центра «Новая социальная и экономическая политика»).

— Что в здравоохранении должно быть целью реформ?

— Общая цель — это повышение качества жизни людей. Цели более низкого порядка — возможность и эффективность излечения потенциального пациента от болезней. Чтобы человек мог реализовывать все свои потребности, будучи относительно здоровым, и длительное время оставался составной частью рабочей силы — в этом заинтересовано общество.

С точки зрения медицины вопрос звучит так: «Как сделать человека небольшим как можно долго?» И это не только профилактическая медицина, но и образ жизни.

Сейчас в моде интегрированный подход Майкла Портера, ориентированный на пациента и основанный на практике многих успешных систем здравоохранения.

— Министр Квиташвили в конце мая заявил об основополагающих элементах реформы в области охраны здоровья. Разработаны ключевые законопроекты. Чем это принципиально отличается от той реформы, которая проводилась вами в 2010–2013 годах?

— Направление движения — то же: переход на оплату по стоимости услуг, уход от финансирования койко-мест, расширение финансовой самостоятельности учреждений. Все цели реформы в медицинском и экономическом сообществе давно определены. Вопрос в том, как именно эти цели реализовывать и насколько тот или иной закон поможет комплексной реализации.

Сейчас предлагается внести изменения в шесть законов. Но я не нашла поправок, связанных с поднятием финансирования вторичного уровня здравоохранения на региональный уровень. Это

была одна из ключевых задач реформы, которую мы несколько лет назад внедряли на уровне пилотных регионов.

Началось все с того, что в Украине перевели на областной уровень скорую помощь. Я считаю, это был огромный шаг. Кстати, время подтвердило правильность данного решения. Врачи сами отмечают: после того как начался вооруженный конфликт и они столкнулись с большим количеством раненых, прежняя система управления скорой попросту не справилась бы.

Вторым шагом был запланирован перевод всей вторичной медпомощи на областной уровень. Только после его реализации можно говорить о выстраивании оптимальной сети медучреждений, отвечающей потребностям региона, и об их экономической самостоятельности. Без этого другие решения не смогут заработать. Это — первейший вопрос.

— Какой вопрос второй по важности?

— Содержание контракта, который должен заключаться между заказчиком (местным органом власти) и лечебным заведением. В законе должны быть расписаны основные принципы оплаты медицинских услуг.

Есть и третий вопрос. Из-за того, что нет перевода денег за



«Зачем мы хотим перейти на страховую медицину? Чтобы больше денег поступило? Это миф — больше денег не поступит. Разве что теневые доходы медиков станут официальными. Задача: при помощи системы страхования направлять деньги на реально оказываемые услуги»

Ирина Акимова,
экс-замглавы
Администрации Президента

вторичную помощь на областной уровень, каждый район держится за свой бюджет и приводит обоснования, почему его районная больница очень-очень нужна. Это противоречит интегрированному подходу Портера.

— Разве можно сделать это без проведения административно-территориальной реформы?

— Можно. У нас ведь речь идет о регионах (областях) как объектах поставки социальных услуг. Вот на уровне регионов и должна быть оптимально спланирована сеть учреждений здравоохранения. По крайней мере, в рамках области она должна быть экстерриториальной.

— Почему финансирование и оптимизация сети на районном уровне — это плохо?

— Мы хотим иметь 200 районных больниц в одной области? Теоретически мы можем иметь их, но средства всегда ограничены. Вопрос: сможем ли мы организовать эффективную помощь в этих двух сотнях больниц? Если ничего не менять, то вряд ли. В одной больнице у нас пустуют койки и задействовано излишнее количество врачей. А в других — наоборот. Не хватает амбулаторий, хосписов. Одним словом,

структура сети не соответствует ни потребностям, ни финансовым возможностям.

Интегрированный подход означает следующее. Распорядитель средств строит сеть здравоохранения, которая отвечает потребностям региона. Существует наработанный на мировом уровне коэффициент количества врачей общего профиля (семейных докторов, педиатров, терапевтов) — один такой врач на 2–4 тысячи населения. Этот показатель зависит от типа населенного пункта и от плотности населения.

Первичная медпомощь должна быть обязательно максимально приближена территориально. А вот по вторичной и третичной помощи нужен другой подход. Здесь сложнее подойти количественно. Поэтому ключевая функция центральных органов власти — вместе с общинами выстроить систему здравоохранения на региональном (областном) уровне. Это важно потому, что здесь и будет проявляться связка «цена — качество».

— Вы о возможности маневра?

— Правильно. Необходимо стимулировать изменения. Районы всегда будут решительно выступать против того, чтобы их больница была каким-либо образом реструктуризирована.

Исторически у нас сложилось так, что люди часто обращаются не к врачам общей практики, а сразу к специалисту (что абсолютно неправильно). Этот специалист может находиться в районной больнице. А такая больница финансируется по числу койко-мест и к оказываемым услугам, получается, отношения не имеет.

Кроме того, в такой больнице проводится десяток операций в месяц. Возникает вопрос об их качестве при такой низкой загрузке. Операций должно быть значительно больше — средний хирург в Европе проводит до шести операций в день, сполна отработывая свою высокую зарплату.

— Кто должен принимать решение, как оптимально разместить сеть?

— Если идет региональное финансирование, то облсовет. По факту эксперимента в 2010–2013 годах поднять финансирование на региональный (областной) уровень смогла только Днепропетровщина. Именно там мы увидели, что в этом случае можно учитывать интересы всех районов.

— Почему эксперимент оказался удачным лишь в Днепропетровской области?

— Любая реформа зависит от команды исполнителей. В этом

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ПОПЫТКА РЕФОРМ

регионе она сделала свою работу, чего, увы, не произошло ни в Донецкой, ни в Винницкой областях, ни в Киеве.

— В прошлом году в бюджете Украины на медицину было выделено 57 млрд грн, то есть 3,6% ВВП. Какую сумму государство должно тратить, чтобы здравоохранение не вызывало всеобщих нареканий?

— В среднем в странах, которые сопоставимы с Украиной по уровню развития, на медицину уходит от 7 до 9% ВВП.

Что касается финансирования, то сегодня доминируют две идеи: распространить государственный страховой пакет только на малообеспеченных либо предложить определенный перечень бесплатных медуслуг для всех граждан. А все остальное финансировать за счет системы добровольного страхования.

— То есть должна существовать как государственная медицина, так и обязательное и добровольное медицинское страхование (ОМС и ДМС)?

— Формы финансирования могут быть любые. Не обязательно ОМС, которое почему-то сделали стержнем реформы. Поймите, система организации финансирования не решает принципиальных проблем здравоохранения.

В Англии, Швеции, Норвегии, Финляндии, Португалии нет системы ОМС. Там медицина финансируется из бюджета. И показатели продолжительности жизни, заболеваемости, смертности в этих странах ничуть не хуже тех, где существует развитая система ОМС.

Классический пример того, что обязательное страхование не решает проблем, — Казахстан, где такая реформа прошла в 1996 году. Позднее аналогичная неудача постигла Молдову. Внедрили систему



«Реформа началась с того, что в Украине перевели на областной уровень скорую помощь. Это был огромный шаг. Врачи сами отмечают: после того, как начался вооруженный конфликт и они столкнулись с большим количеством раненых, прежняя система управления скорой попросту не справилась бы»

ОМС, а по факту оказалось, что не отработана система контрактов, не прописано, что такое «пролеченный случай». Долечили или не долечили? Как? За сколько денег? В итоге коррупцию только прости мулировали, так как нет четкости и прозрачности предоставляемых ус-

луг. Вдобавок еще получили большие административные издержки — это ведь неизбежный спутник введения ОМС на начальном этапе. Пришлось «откатывать» назад. Теперь система обязательного страхования в Молдове будет запущена снова в 2017 году, но уже не резко, а проходя предварительные этапы.

— Средняя продолжительность жизни в Украине отстает на 10 лет от общеевропейского показателя. Одна из ключевых причин — почти полный развал системы профилактической медицины. Народ не ходит на регулярные обследования, нередко занимается самолечением. Может, стоит ввести обязательную профилактику всего населения?

— Уровень первичной помощи у нас недофинансирован, в этом корень всех описанных вами проблем. По регионам «первичка» занимает всего 7% в общем объеме выделяемых на здравоохранение средств. Это крайне мало! Пилотным регионам, участвовавшим в эксперименте, было разрешено тратить на первичный уровень до 25%. Это уже отвечает практике успешных западных стран.

Что касается профилактики, то система принуждения может быть только экономической. Все посещения врачей надо строго учитывать. Должно быть правило: нельзя (за исключением особых случаев) попасть на второй или третий уровень медицины, не пройдя врача-первичника.

Оплата труда врача первичной медицины должна быть напрямую связана с запущенными случаями заболеваний на вмененной ему территории, осложнениями, вызванными неправильной или несвоевременной диагностикой по его вине. Тогда семейные врачи будут очень заинтересованы в том, чтобы регулярно приглашать своих пациентов на профилактику.

Это выгодно всем — профилактика куда дешевле лечения запущенных болезней.

— Очевидно, что развитая и эффективная первичная медпомощь позволяет существенно сократить общие расходы на медицину в стране. Как вы думаете, почему за 24 года никто в Украине не сделал ее приоритетом? Имеет ли смысл говорить о лобби больших больниц?

— Самые большие «враги» реформы — врачи. Это очень консервативная часть общества. Сигналы из врачебной среды пойдут только тогда, когда каждая больница станет финансово самостоятельным юридическим лицом и будет получать деньги за оказанные услуги.

— Врачи оппонируют, потому что понимают, что их будут сокращать. У нас же на единицу населения больше медиков, чем на Западе?

— У меня есть точные цифры: у нас в стране 135 врачей-специалистов на 100 тысяч населения, тогда как в ЕС — 93. А вот по «первичке» — обратные показатели: 37 на 100 тысяч населения, тогда как в ЕС — 80. Так что тему избытка врачей нужно трактовать аккуратно.

В переходный период никого увольнять не надо. Часть «избыточных» специалистов может работать в комплексных амбулаториях. Также следует учитывать, что очень велика доля медицинского персонала пенсионного и предпенсионного возраста. В течение переходного периода они закончат свою карьеру, а многие пришедшие им на смену уже будут иметь квалификацию семейных терапевтов.

— Госзаказ в медицинских вузах откорректирован с учетом грядущей реформы?

— Не полностью. В Виннице и Одессе такая корректировка проводилась. Но не тотально по всей стране.

— Это бюджетные места?

— Безусловно. Структуру госзаказа определяют сами медики. Им предстоит решить, насколько нужна вра-

«Очень важное современное условие — компьютеризация медицины. Написанные от руки карточки закончились. Нужны медреестры по каждому пациенту с защищенной информацией. В таких случаях передача больного с первого на второй или третий уровень происходит максимально эффективно. Плюс сохраняется вся история врачебных решений, включая ошибки»

чебная специализация на начальных курсах медицинских вузов.

— Как быть с оплатой труда врачей?

— За счет более эффективной системы она должна стать значительно выше. Особое внимание следует уделить первичному звену, раз мы стимулируем его в первую очередь. Наверное, государству следует поставить фиксированную оплату, а также различные повышательные коэффициенты, надбавки и премии за успешные результаты. Для этого нужно, чтобы лечебное учреждение могло само распоряжаться бюджетом клиники.

— В Украине большие проблемы с распространением туберкулеза и ВИЧ/СПИДа. Поскольку пандемия — вещь социально-экономическая, следует ли понимать, что распространение этих болезней реформой медицины не остановить?

— Пандемия — это всегда социально-медицинская проблема. Неблагополучное общество, бедность, отсутствие профилактики — прямой путь к любым инфекционным заболеваниям.

Необходимо строить систему раннего выявления: если инфицирован — изолировать и лечить. И очень важно проконтролировать отсутствие рецидивов.

— Мы с вами выделили несколько важных шагов медицинской реформы. Должна ли строго соблюдаться этапность или все элементы реформы следует осуществлять параллельно?

— Жесткого порядка нет. Но Мировой банк отмечает, что если не будет прореформирована какая-то из сфер, скорее всего, не удастся вся реформа.

Никакая система не сможет заработать, если не будет отрегулирована сеть. Например, мы хотим перейти на страховую медицину. Зачем? Чтобы больше денег поступило? Это миф — больше денег не поступит. Разве что теневые доходы медиков станут официальными. Задача: при помощи системы ОМС направлять деньги на реально оказываемые услуги, повышать эффективность всей системы.

— То есть сеть медицинских учреждений должна максимально соответствовать реальным потребностям общины?

— Совершенно верно. Дальше идет подъем финансирования на областной уровень и обязательное лицензирование лечебных заведений.

Наконец, очень важное современное условие — компьютеризация медицины. Написанные от руки карточки закончились. Нужны медреестры по каждому пациенту с защищенной информацией. В таких случаях передача больного с первого на второй или третий уровень происходит максимально эффективно. Плюс сохраняется вся история врачебных решений, включая ошибки. Только тогда будет ответственность конкретного врача. Без этого никакая реформа не заработает.