

НОВИНИ МОЗ



Медична реформа: робоча нарада з ініціативи Міністерства охорони здоров'я України

20 січня в актовій залі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України відбулася неформальна зустріч міністра охорони здоров'я Олександра Квіташвілі з медичним істеблшментом. Головною метою зібрання було сформулювати перелік проблем, вирішення яких належить до компетенції МОЗ (не потребує прийняття нових законів парламентом). Міністр закликав присутніх до спілкування у формі діалогу, під час якого запропонував надати свої пропозиції у лаконічній та максимально чіткій формі.

У вступній промові Олександр Квіташвілі стисло повідомив про головні напрями діяльності МОЗ України в 2015 р.: «Ми будемо змінювати принципи фінансування охорони здоров'я і переходити на оплату медичних послуг. У 2015 р. продовжуватиметься фінансування цього типу. За цей період планується зібрати максимально об'єктивну інформацію щодо лікувальної діяльності медичних закладів, для чого буде створена єдина облікова форма; це буде перший етап. Наступним кроком стане з'ясування фінансового обороту в лікарнях, щоб у подальшому легалізувати позабюджетні надходження та визначити вартість медичної послуги. Реалізація перерахованих заходів допоможе з наступного року перейти на оплату послуг за рахунок страхової медицини без стресу та різких коливань».

Дискусія розпочалася виступом академіка НАМН України, ректора Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктора медичних наук, професора Юрія Васильовича Вороненка, який наголосив на проблемі невідповідності надмірної кількості медичних спеціальностей в Україні та акцентував увагу на істотних недоліках в організації післядипломної освіти (інтернатури та резидентури), що потребує значних змін: «Функціонування системи післядипломної освіти в Україні нагадує реалізацію принципів кріпацтва. Під час навчання на VI курсі, тобто за 3-4 роки до початку трудової діяльності, студент отримує розподіл на роботу. За цей час змінюються ситуація на ринку праці, штатний розклад, структура закладу і т. ін. Такий підхід лише додає роботи кадрам службам МОЗ України. Варто зазначити, що у світі системи розподілу немає».

Актуальною і досить проблемною виявилася ситуація, яка виникла в галузі післядипломної освіти. Як з'ясувалося, в Україні немає правових підстав для проведення конкурсного відбору в інтернатуру, тому для здобуття того чи іншого фаху вступають особи без будь-якого іспиту, серед яких є й такі, які не в змозі опанувати хірургічні та високотехнологічні спеціальності. Для вирішення цієї проблеми потрібний конкурс, запровадження якого, на думку доповідача, стане можливим лише після ліквідації системи розподілу.

Далі було зазначено, що підготовка лікарів-хірургів не відповідає міжнародним стандартам. На відміну від європейських країн, де існує 2-етапна підготовка фахівців вузького профілю, в Україні можна здобути спеціалізацію без резидентури, що не є правильним. НМАПО ім. П.Л. Шупика, на думку доповідача, могла б приймати до 300 резидентів на рік для подальшого навчання після інтернатури.

Член-кореспондент НАМН України, директор Київського центру серця, доктор медичних наук, професор Борис Михайлович Тодуров наголосив на необхідності невідкладного проведення стандартизації медичної допомоги: «Якщо ми хочемо впровадити страхову медицину до кінця року, то без протоколів стандартизації надання послуг цього зробити не вдасться. Це те, що можна здійснити прямо зараз шляхом створення профільних

Про Національну стратегію побудови нової системи охорони здоров'я в Україні: ключові моменти

27 січня у рамках загальноукраїнської кампанії громадського обговорення проекту Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. м. Вінницю відвідав член Кабінету Міністрів України – міністр охорони здоров'я Олександр Квіташвілі. Найбільше часу міністр провів у стінах Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, де відбулася зустріч з медичним активом області та науково-педагогічною спільнотою краю, на якій була представлена стратегія реформ.

У вступній промові Олександр Квіташвілі повідомив, що, будучи пілотним регіоном, Вінниччина пройшла значну частину шляху з реформування, прийнявши 70% складних рішень, тому, на думку міністра, нічого радикального у Вінницькій області не повинно відбутися.

Розглядаючи питання впровадження страхової медицини, Олександр Квіташвілі повідомив: «Багато хто запитує, коли буде страховка, вважаючи, що страхова медицина або прийняття закону про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування – це панацея від існуючих проблем. Очікування насправді великі, але треба пояснювати, що введення страхування – не панацея. Страховка – це лише один із механізмів фінансування. До того ж вона не може бути обов'язковою. Тому що зобов'язати когось, щоб він робив щось, не маючи для цього ресурсів, – неправильно. Страхова медицина обов'язково буде запроваджена, а держава стимулюватиме роботу цієї системи. Це стане можливим після створення мережі лікарень, здатної прийняти фінансові потоки».

Під час промови було зазначено про перехід на нову систему фінансування, яка буде базуватися на оплаті виконаної роботи за принципом: «Гроші йдуть за пацієнтом, а лікарня матиме автономію».

Надаючи слово для презентації стратегії реформ експерту Стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні Олегу Петренку, Олександр Квіташвілі зазначив, що проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2025 рр. є документом, який розкриває філософію реформ.

Представляючи бачення реформування системи охорони здоров'я, Олег Петренко наголосив, що концепція не дає відповіді на питання «як?», вона дає відповідь на питання «що ми хочемо побачити в кінці?».

Під час доповіді було оголошено низку принципів позицій та ціннісних орієнтирів, за якими мають проводитися реформи. Передусім слід відзначити заяву про відхід від патерналістського підходу у ставленні до здоров'я.

«Ми все більше й більше рухаємося у ліберальному напрямку. Відповідальність за здоров'я – це у першу чергу індивідуальна відповідальність. Держава може забезпечити тільки популяційні інтервенції: щеплення, чисту воду тощо. Однак вона не може забезпечити індивідуальне здоров'я. Здоров'я – це невід'ємне людське право. Ним розпоряджається людина, держава на нього впливу не має», – резюмував експерт.

У рамках лібералізації стосунків планується низка важливих кроків у регуляторній політиці, яка стимулюватиме лікарів до професійного розвитку і сприятиме підвищенню якості медичної допомоги.

«На наш погляд, більшість проблем, які пов'язані з проведенням будь-яких реформ, пояснюються відсутністю стимулів для змін. Найкращим стимулом удосконалюватися є гроші. Якщо

робочих груп, які очоляють головні спеціалісти або колектив фахівців з науково-дослідних інститутів. Таку роботу слід провести за 2-3 міс. Для стандартизації наказом МОЗ України необхідно прийняти правила класифікації нозологічних форм, що також можна зробити зусиллями МОЗ України за 2-3 тиж. Коли ми приймемо стандарти і зрозуміємо, якою кількістю медикаментів і за якими методиками лікуємо кожну нозологічну форму, зможемо поррахувати, скільки це коштує. Тобто стандартизація дозволить перейти до питань тарифікації послуг».

Б.М. Тодуров також акцентував увагу міністра на тому, що під приводом з'ясування обігу коштів з метою визначення вартості послуг МОЗ України навряд чи вдасться з'ясувати розміри лікарських гонорарів: «Ніхто не буде розкривати розмір своїх гонорарів – це з області фантастики. Але підрахувати, скільки коштує медична послуга, ми можемо. У нашому закладі є така методологія; установка вже 8 років працює за тарифами, які свого часу розрахувала фірма «Медицина» (єдине на той час ліцензоване підприємство з розрахунку медичних послуг). Але сьогодні достатньої методології розрахунків немає».

У процесі дискусії виникло питання, пов'язане з анонсованою зміною форми власності, оскільки це стосується безпосередньо вартості медичної послуги.

Член-кореспондент НАМН України, ректор Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Катерина Миколаївна Амосова висловила стурбованість щодо можливого переходу медичних університетів до системи Міністерства освіти та науки України і попросила підтверджен від міністра Олександра Квіташвілі, що такого перепідпорядкування у 2015 р. не відбудеться. На її думку, це погіршить роботу вищих медичних навчальних закладів за багатьма параметрами.

Висловлюючи свою позицію з приводу інтернатури, К.М. Амосова схвально відгукнулася про попередню роботу МОЗ України, яке розробило концепцію обов'язкової базової підготовки спеціалістів вузького профілю (дерматологів, урологів, нейрохірургів) з терапії, хірургії та акушерства і гінекології. Водночас Катерина Миколаївна зазначила про необхідність підтвердження цієї концепції з боку нинішнього керівництва МОЗ України, оскільки така визначеність потрібна для планування роботи університетів. Натомість політика МОЗ України щодо стандартизації медичної допомоги та розробки клінічних протоколів, на думку К.М. Амосової, має зазнати докорінних змін.

Значну увагу доповідач приділила проблемі, пов'язаній із правовим урегулюванням відносин між керівництвом кафедр університетів та адміністрацією клінічних лікарень, та відзначила, що перспектива появи на сайті МОЗ України положення про клінічну лікарню є хорошою новиною. Проте відносини між кафедрою та керівниками лікарень не можна назвати оптимальними; існує ряд складнощів, що пов'язані, перш за все, з абсолютною владою головного лікаря та спробами завідувачів відділень домінувати над іншими працівниками. Також було зазначено, що медичні університети попри недружнє ставлення з боку колективів лікарень сплачують значні кошти за комунальні послуги та використання клінічних баз.

К.М. Амосова висловила думку, що з метою врегулювання ситуації було б доцільно запровадити нововведення, згідно з яким лікарі від МОЗ України та міських відділів охорони здоров'я на 0,25% ставили б викладачами кафедр.

Підготував **Анатолій Якименко**

у людей існуватимуть матеріальні передумови змінюватися на краще, вони будуть змінюватися. Без цього будь-які вимоги не спонукатимуть їх працювати якісніше», – зауважив доповідач.

Цікавою виявилася інформація щодо первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), яка певною мірою пояснює практичну відсутність ефекту від реформаторських спроб відокремити ПМСД від вторинної медичної допомоги у районних лікарнях.

«Дефініція первинної допомоги не є простим завданням. Ми довго дискутували, але так і не змогли відповісти на це питання до кінця. Чи є первинною допомогою робота педіатра, терапевта, акушера-гінеколога? Визначення «первинна медична допомога» ще доведеться прийняти. Очевидно, що це поняття буде різним для міста та сільської місцевості. Концептуально ПМСД зараз описана. Ми повинні повертати певні структурні речі у первинну допомогу, якщо ми не можемо по-іншому забезпечити результат», – підсумував Олег Петренко.

Досить революційними були повідомлення про зміну стосунків між лікарем та роботодавцем, а також політика щодо медичної освіти.

«Усі медичні працівники оформлятимуть взаємини з власним роботодавцем на контрактній основі. Будь-які вакансії будуть конкурсні. Якщо цього не буде, якість людських ресурсів не покращиться. На жаль, непотизм та протекціонізм довели, що будь-яка людина, яка претендує на просування «соціальним ліфтом», не може потрапити в закриту систему. Медична освіта буде слідувати за потребами, але вона не буде визначати ці потреби», – наголосив доповідач.

Під час брифінгу міністр відповів на низку важливих питань для «Медичної газети «Здоров'я України» у режимі бліц.

• **На Вашу думку, наявність ринку медичних послуг є обов'язковою умовою для запровадження медичного страхування?**

• Так.
• **Чи вважаєте Ви нинішню систему відносин у медичній сфері ринковою?**
• Ні. Це не є ринком, тому що регульований ринок – це не вільний ринок. Стосунки на цьому ринку між надавачем послуг та отримувачем є прихованими. Якщо ви заходите в лікарню і даєте за щось гроші, ви не знаєте, скільки це коштує по всій країні, і не можете порівнювати. Це не чесно.

• **Чи передбачається приватизація та роздержавлення медичної власності?**
• Так. Україна є країною, де держава закуповує послуги, сама їх надає й сама контролює їх якість. Це неправильно.

• **Хто стане суб'єктом ринку – лікар чи медичний заклад? Це принципове питання, якщо ми говоримо про скасування кріпосного права в медичній сфері.**

• Ознаки кріпацтва в медицині такі: прикріплення до ліжка та штатного розкладу, наявність системи розподілу у вищих навчальних закладах, неможливість легального заробітку на життя. Нормальні стосунки між лікарями та організаторами охорони здоров'я – це контрактна основа на легальних підставах.

• **Це не перша спроба запровадити медичне страхування в Україні. Усі вони так і не реалізувалися через відсутність джерел фінансування. Яке Ви бачите джерело фінансування фонду загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування?**

• Ніякого фонду не буде. Існує державний бюджет, який оплачує субвенцію в 46 млрд щороку. Це велика сума, яка витрачається на утримання існуючої ліжкової системи. Ці гроші потрібно перерозподіляти чесно.

Підготував **Анатолій Якименко**